

UNIVERSITÉ DE DAKAR

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE **1973**

N° 8

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CANCERS CUTANES
OBSERVES A L'INSTITUT DU CANCER
DE DAKAR
A PROPOS DE 447 CAS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

SALOMON ATANGANE MEDOU
Ancien Infirmier diplômé d'Etat
né le 14 novembre 1932 à MKoléndam
département du DJA et LOBO
(République unie du Cameroun)

Directeur de Thèse : M.^r P. A. MENYE, Professeur

Président de Thèse : M.^r C. QUENUM, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546620_0019

UNIVERSITÉ DE DAKAR

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1973

N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CANCERS CUTANES
OBSERVES A L'INSTITUT DU CANCER
DE DAKAR
A PROPOS DE 447 CAS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

SALOMON ATANGANE MEDOU
Ancien Infirmier diplômé d'Etat
né le 14 novembre 1932 à MKoléndam
département du DJA et LOBO
(République unie du Cameroun)

Directeur de Thèse : M.^x P. A. MENYE, Professeur

Président de Thèse : M.ⁱ C. QUENUM, Professeur



UNIVERSITE DE DAKAR
FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

PERSONNEL HONORAIRE

DOYEN	HONORAIRE	MAURICE	PAYET
DOYEN	HONORAIRE	ROBERT	CAMAIN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYEN	Pr. MARC	SANKALE
PREMIER ASSESSEUR	Pr. OUMAR	SYLLA
DEUXIEME ASSESSEUR	Pr. JACQUES	DEMAILLE
SECRETAIRE GENERAL	Mr. ANDRE	BAILLEUL

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

UNIVERSITE DE DAKAR
FACULTE DE MEDECINE ET
DE PHARMACIE

MEDECINE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE
POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE
1972-1973

PROFESSEURES

M.	HENRI	COLOMB	PSYCHIATRIE
M.	PAUL	CORREA	OBSTETRIQUE
M.	VINCENT	DAN	PEDIATRE
M.	JEACQUES	DEMAILLE	BIOCHIMIE
M.	FRANCOIS	DIENG	MEDECINE LEGALE
M.	BIRAME	DIOP	CLINIQUE MEDICALE
M.	JEACQUES	LINHARD	HEMATOLOGIE
M.	ANDRE	MAZER	PHYSIOLOGIE
M.	CYPRIEN	QUENUM	ANATOMO PATHOLOGIQUE
M.	MARC	SANKALE	CLINIQUE MEDICALE
M.	HENRI	TOSSOU	UROLOGIE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M.	ALIOUNE BADARA	DIOUF	CHIRURGIE GENERALE
M.	BERTENE	JUMINER	PARASITOLOGIE
M.	PAUL ADOLPHE	MENYE	CANCEROLOGIE

PROFESSEURS EN SERVICE EXTRAORDINAIRE

M. GUY	GRAPPIN	CHIRURGIE DENTAIRE
M. PAUL	GIRARD	NEUROLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. CLAUDE	ARGENSON	ANATOMIE
M. ANDRE	BELLOSI	BIOPHYSIQUE
M ^{me} MONIQUE	CASTETS	BACTERIOLOGIE
M. JOSEPH	DIALLO	OPHTALMOLOGIE
M. SAMBA	DIALLO	PARASITOLOGIE
M. IBRAHIMA MAR	DIOP	MALADIES INFECTIEUSES
M. MICHEL	DUMAS	NEUROLOGIE
M. IBRAHIMA	FAYE	DERMATOLOGIE
M. SAMBA	GUEYE	ANESTHESIOLOGIE
M. PAPA	KCATE	CARDIOLOGIE
M. JEAN JACQUES	PAPY	PHYSIOLOGIE
M. IDRISSE	POUYE	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
M. ABDOU	SANOKHO	PEDIATRIE
M. GABRIEL	SENGHOR	PEDIATRIE
M. GEORGES	SOUSDILLE	OPHTALMOLOGIE
M. AHMEDOU	SCW	MEDECINE INTERNE
M. GEORGES	SPAY	CHIRURGIE
M. RENE	ZINSOU	OBSTETRIQUE

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

M. PHILIPPE	ANTHONIOZ	HISTOLOGIE
M. BABACAR	DIOP	PSYCHIATRIE
M. LAMINE	DIOP	O.R.L.
M. IBRAHIMA	SECK	BIOCHIMIE

PROFESSEUR 2^e GRADE

M. JEAN	BARNAUD	CHIRURGIE DENTAIRE
---------	---------	--------------------

.../...

CHEFS DE TRAVAUX

M. JACQUES	ARNOLD	HISTOLOGIE
M ^{me} .GEORGETTE	DIEBOLT	HEMATOLOGIE
M. PAPA DEMBA	N'DIAYE	ANATOMO-PATHOLOGIQUE
M. RENE	N'DOYE	BIOPHYSIQUE
M. SAMBA	DIOP	MEDECINE PREVENTIVE
M ^{me} .YVETTE	VEZARD	BACTERIOLOGIE
M. ABDOUL BIRAM	WANE	BIOCHIMIE

ASSISTANTS DE FACULTE

ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

M. ANTOINE	ABONDO	ANATOMO PATHOLOGIQUE
M. SOULEYMANE	BASSABI	OPHTALMOLOGIE
M. FADEL	DIADHIOU	OBSTETRIQUE
M. PIERRE	DRUILHE	PARASITOLOGIE
M. MOHAMADOU	FALL	PEDIATRIE
M. JOSEPH	LAUROY	OBSTETRIQUE
M. JEAN-PIERRE	MARCHAND	DERMATOLOGIE
M. ARISTIDE	MENSAH	UROLOGIE
M. HENRI	RUSCHER	CLINIQUE MEDICALE
M. ABDOU RAHMANE	SOW	MAMADIES INFECTIEUSES
M. LAMINE MOUSSA	SOW	PATHOLOGIE CHIRURGICALE
M. PAPA	TOURE	CHIRURGIE

ATTACHES DE FACULTE - ASSISTANTS DE
SCIENCES FONDAMENTALES

M.	LAMINE	DIAKHATE	HISTOLOGIE
Mme	MADELEINE	DUCLOS	BIOPHYSIQUE
M.	CHRISTIAN	RACCURT	PARASITOLOGIE
M.	ANDRE	RAYNAUD	CHIRURGIE DENTAIRE
M.	ABIBOU	SAMB	BACTERIOLOGIE
M.	SADIO	SYLLA	ANATOMIE
M.	ABDOUL AZIZ THIAM		BIOCHIMIE MEDICALE
Mme	FATOU	TOURE	PHYSIOLOGIE
M.	IBRA MAMADOU WANE		PHYSIOLOGIE
Mme	CONCEPTION	STIEVENARD	PSYCHOLOGIE

ATTACHES CHEFS DE CLINIQUE

M.	OUMAR	BAC	CLINIQUE MEDICALE
M.	DJIMATHIE	COLY	CLINIQUE MEDICALE
Mme	DOROTHEE	DE MEDEIROS	HYGIENE ET SANTE PUBLIQUE
M.	SALIOU	DIA	PSYCHIATRIE
M.	ADRIEN	DIOP	CHIRURGIE
M.	PAPA MASSAL	DIOP	OBSTETRIQUE
M.	ABDOU RAHMANE KANE		PNEUMOPHTISIOLOGIE
M.	SEYDOUBA	KONATE	NEUROLOGIE
Mme	MONIQUE	LEFEVBRE P.	CLINIQUE MEDICALE
Mme	RENE	N'DIAYE	CHIRURGIE DENTAIRE
M.	IBRAHIMA	NIANG	PEDIATRIE
M.	M'BAYE	N'DOYE	ELECTRO-RADIOLOGIE
M.	GERARD	TOURAME	PSYCHIATRIE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

1972-1973

PROFESSEURS

M. HUMBERT	GIONO-BARBER	PHARMCOLOGIE ET PHARMACODY- NAMIE
M. JACQUES	JOSSELIN	BIOCHIMIE PHARMACIE
M. JOSEPH	KERHANO	BCTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE
M. OUMAR	SYLLA	PHARMACIE CHIMIQUE ET CHIMI ORGANIQUE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. GEORGES	GRAS	TOXICOLOGIE
M. HENRI	PINATEL	CHIMIE ANALYTIQUE

CHARGE D'ENSEIGNEMENT

M. FRANCOIS	FAURAN	PHYSIQUE
-------------	--------	----------

MAITRE ASSISTANT

Mme PAULETTE	GIONO-BARBER	PHARMACODYNAMIE
--------------	--------------	-----------------

CHEF DE TRAVAUX

MLLE URBANE	TANGUY	CHIMIE ORGANIQUE ET PHARMA- CIE CHIMIQUE
-------------	--------	---

P H A R M A C I EASSISTANTS DELEGUES DANS LES FONCTIONS
DE CHEFS DE TRAVAUX

Mme ELISABETH	DUTRUGE	BIOCHIMIE PHARMACEUTIQUE
Mme MARIE JOSE	FAURAN	PHYSIQUE
M. GUY	MAYNART	BOTANIQUE
Mme ARLETTE	QUENUM	ZOOLOGIE
MLLE CATHERINE	PELLISSIER	CHIMIE ANALYTIQUE

ASSISTANTS

M. MAMADOU	BADIANE	CHIMIE ORGANIQUE
M. MOHAMED	BANGOURA	CHIME ORGANIQUE
Mme SUZANE	KARAM	PHARMACIE GALENIQUE
M. ISSA	LO	PHARMACIE GALENIQUE
Mme AISSATOU	LY	PHARMACODYNAMIE
Mme JEANINE	MONDAIN	CHIMIE ANALYTIQUE ET TOXICOLOGIE
Mme ANNE	TOURAME	BIOCHIMIE PHARMACEUTIQUE

.../...

" PAR DELIBERATION, LA FACULTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES
DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SERONS PRESENTEES DOIVENT ETRE CONSI-
DEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND LEUR DONNER
AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION ".

A mon Père

Je te dois tout. Voici le début de l'apostolat que tu m'as confié. Il est le fruit de ton sacrifice suprême. Aide moi à te ressembler pour que toute ma vie soit l'expression de mon admiration et de mon affection pour toi, afin que tu revives en moi.

A ma Mère

Tu resteras à jamais pour moi le symbole de l'épouse et de la mère idéale. Ce travail est le fruit de tes sacrifices et de ton exemple de courage, d'amour tyrannique de la vérité et de passion pour le travail bien fait. Puisse ce modeste effort de ton fils ranimer ton courage et t'aider à supporter les multiples épreuves actuelles.

A ma Femme

Comment t'exprimer toute mon affection et toute ma reconnaissance pour tant de sacrifice, tant de patience, tant de courage et tant d'amour surtout pendant ces quatre dernières années où nous avons vécu séparés. Que ce travail contribue à renforcer les liens qui nous unissent.

A mes Enfants :

Jacquie	- Béatrice	EFOUA
Etienne	- Blaise	MEDOU
Moïse	- Perrets	EKOUMA
Josine	- Ruth	ETITANE
Jcël	- Patrick	ZE

Avec l'espoir que vous ferez mieux que votre Père, puisse ce gage de mon affection infinie vous rappeler constamment que le travail est un moyen de bénédiction.

A mes Frères, beaux frères,
Soeurs et Belles Soeurs

Ce travail résulte de la conjugaison
de toutes vos forces : toute ma grati-
tude, puisse cette unité devenir le gui-
de de la famille MEDOU.

A mes Beaux Parents

dont l'amour doux et silencieux
m'est si précieux.

A tous mes Parents

A tous mes Amis et Camarades
si nombreux.

A Mes Amis : MOELLE KOULA EITEL
MENGOU MBANGUE ETIENNE

L'appui matériel et moral que vous avez
généreusement offert à ma famille dans
ses moments difficiles a donné à notre
amitié une dimension qui dépasse la
consanguinité. Veuillez trouver ici
l'expression de ma profonde reconnais-
sance.

A Notre Maître le Professeur PAUL ADOLPHE MENYE

Chef du Service de Cancérologie au C. H. U.
de Dakar.

Nous vous devons toute notre expérience en Chirurgie car vous avez accepté de nous accueillir dans votre service dès notre premier stage hospitalier en qualité de faisant fonction d'externe et n'avez cessé depuis la pénible tâche de guider et d'encourager nos efforts. Vous nous avez fait confiance en nous réservant ce sujet qui vous tenait tant à coeur. Si la durée d'élaboration de ce travail a été longue, c'est par souci d'éviter tout bachotage et de faire tout notre possible pour ne pas décevoir votre attente. Puisse ce travail vous exprimer notre dévouement et notre admiration pour vos multiples qualités de respect de la vie, de justice de bienveillance, de courage, de sobriété et d'endurance dans la pratique de la recherche médicale.

A Notre Président de Jury

Monsieur le Professeur CYPRIEN QUENUM
Chef du Service d'Anatomie Pathologique
au C . H . U . de Dakar.

Vous avez été notre unique initiateur
et notre unique maître en Anatomie Pa-
thologique. Pour tout ce que vous avez
fait pour nous intéresser à l'Anatomie
Pathologique et tous vos comptes-rendus
d'Histologie Pathologique qui consti-
tuent la base de notre travail, nous
vous assurons de notre très grande re-
connaissance.

A Monsieur le Professeur IBRAHIMA FAYE

Maître de conférences Agrégé
Chef du Service de Dermatologie
au C. H. U. de Dakar.

Votre publication récente sur l'aspect
histologique des cancers cutanés au
Sénégal nous a servi de guide dans notre
travail. Vous nous avez fait honneur
par votre présence parmi nos juges.
Veuillez trouver ici notre sincère gra-
titude.

A Monsieur le Professeur R^r
Maître de conférences
Chef du Service de gy
de Dak

Vous avez suivi notre travail avec beaucoup de
sympathie. Vous nous avez constamment conseillé
et encouragé.

Nous vous remercions très sincèrement de votre
présence parmi nos juges.

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La bourse que vous nous avez offerte, a rendu possible le cycle de nos études médicales.

Toute notre reconnaissance.

Au Docteur SIMON PIERRE TCHOUNGUI,

ancien Ministre Fédéral de la Santé
Premier Ministre de la République
Unie du CAMEROUN.

Votre esprit d'équité et de foi en
l'homme, et les multiples sacrifices
consentis par le gouvernement que vous
dirigez ont rendu possibles nos études
de médecine du début à la fin.
Veuillez trouver ici l'expression de
notre reconnaissance.

// I T R E
//=====//

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CANCERS DE LA PEAU
OBSERVES A L'INSTITUT DU CANCER DE DAKAR

(47) PROPOS DE 447 CAS)

II INTRODUCTION

Les Cancers cutanés représentent un grand chapitre de la Cancérologie au Sénégal tant pour leur grande fréquence que pour les problèmes épidémiologiques, anatomocliniques et thérapeutiques qu'ils posent.

Pendant notre stage de près de trois ans à l'Institut du Cancer de Dakar, nous nous sommes plus particulièrement penchés sur l'étude de ces problèmes. Le travail que nous présentons aujourd'hui n'est pas une statistique globale de l'ensemble des tumeurs malignes de la peau observées à l'hôpital Le Dantec. Il n'est basé que sur notre expérience personnelle de certaines formes anatomocliniques couramment observées à l'Institut du Cancer de Dakar.

De ce fait, un certain nombre de formes anatomocliniques ne figurent pas dans notre travail. La maladie de Kaposi, les hématochromoses, qui sont généralement observées dans le Service de Dermatologie de l'Hôpital Le Dantec, sont volontairement exclues de ce travail qui, nous le répétons est le fruit de l'expérience du seul service de Cancérologie.

De 1959 à 1969, en un peu plus de dix ans, 447 cas de tumeurs malignes de la peau histologiquement confirmés ont été observés à l'Institut du Cancer de Dakar sur un total de 1442 cas de néoplasmes malins de toutes sortes.

Cette fréquence relativement élevée des cancers cutanés chez les sujets à majorité de peau Noire paraît surprenante de prime abord surtout lorsque l'on se rappelle certaines particularités de la peau noire. Celle-ci en effet, selon une étude récente de I. FAYE, H. SARRAT et R. CAMAIN (29) présente dans

son assise basale une charge mélanique plus abondante que dans la race blanche. Cette importante charge de mélanine forme dans la peau du Noir une sorte de ruban intercalé entre le derme et le Corps muqueux de Malpighi, aspect totalement absent chez le Blanc. Pour S. ZABO (116) le microscope électronique montre que les mélanosomes du Noir sont dispersés dans le cytoplasme et ont une forme en batonnet tandis que chez le Blanc, ils sont en **aggrégés** et de forme ovoïde. Au cours de leur mutation physiologique qui les entraîne vers la surface, les Kératinocytes du Noir sont chargés de grains pigmentaires jusque dans les couches superficielles alors que sur la peau blanche la mélanine ne se trouve que dans les couches épidermiques les plus profondes. Toujours selon I FAYE, H. SARRAT et R. CAMAIN, les assises cornéennes de la peau du Noir sont plus nombreuses et la présence de mélanine en position superficielle dans cette peau réalise une sorte de barrière où viennent diffuser les radiations ultraviolettes solaires, incapables de ce fait de pénétrer plus avant que l'épiderme profond ou le derme très superficiel, contrairement à ce qui se passe dans la peau blanche.

Il ressort de cette protection de la peau Noire par la mélanine que les Cancers cutanés du Noir ne seront pas, comme chez le Blanc, des cancers provoqués par les rayons (Kératites sénile et juvénile, Carcinomes basocellulaires). Au contraire, les Cancers cutanés du Noir sont, dans la très grande majorité des cas, des cancers secondaires à une lésion traumatique, infectieuse ou parasitaire pré-existante. Quant aux mélanomes malins observés chez le Noir, ils surviennent généralement sur les parties blanches de

.../...

de sa peau (paumes des mains, plante du pied). Il sera donc intéressant, tout au long de ce travail, d'analyser les rapports existant entre la fréquence des cancers cutanés que nous avons observés et les conditions d'environnement, de mode de vie, bref les circonstances épidémiologiques de la survenue de ces cancers chez nos malades.

Sur le plan anatomoclinique, les cancers cutanés que nous avons observés sont dominés par les Carcinomes épidermoïdes spinocellulaires qui sont de loin les tumeurs malignes les plus fréquentes chez le Noir du Sénégal. Parmi ces carcinomes spinocellulaires, l'ulcère phagédénique cancérisé de jambe (U.P.K.J.) est le type anatomoclinique le plus fréquent, suivi de loin par les carcinomes sur cicatrices de brûlure, les cancers du Cuir chevelu et les carcinomes cutanés de sièges divers.

Les Carcinomes basocellulaires sont très rares. Les mélanomes ~~malins~~ sont relativement rares ; ils siègent le plus souvent à la plante du pied comme il a été dit plus haut. Quant aux sarcomes cutanés, ils sont exceptionnels.

Toutes ces formes anatomocliniques s'observent dans notre service à des stades évolutifs souvent avancés. Il s'agit dans la majorité des cas de volumineuses tumeurs ulcérées, bourgeonnantes, de diagnostic cliniquement évident. Il en découle que le problème essentiel qui se pose aux praticiens n'est pas tant celui du diagnostic que celui de l'attitude thérapeutique à adopter devant de tels cas. La radio-résistance de ces tumeurs est bien connue. Les essais de chimiothérapie générale et loco-régionale n'ont donné que des résultats peu encourageants. L'acte chirurgical reste donc, dans la majorité des cas, le seul moyen thérapeutique.

.../...

Malheureusement, devant des cas si avancés, la chirurgie ne peut être qu'une chirurgie très mutilante. Par ailleurs, les résultats éloignés de cette chirurgie, somme toute palliative, ne montrent pas de taux de survie importants. Il résulte de ces notions, comme nous le verrons plus loin, qu'une part très importante de la lutte contre les cancers cutanés au Sénégal devrait être consacrée au dépistage des lésions cutanées précancéreuses et au diagnostic précoce des tumeurs aux stades où la thérapeutique peut espérer obtenir des taux de guérison plus importants. Il y a là, comme nous le verrons plus loin, un effort très important à faire dans le domaine de la Santé Publique.

/1/otre travail sera présenté en quatre chapitres :

CHAPITRE I

/1/ S P E C T S EPIDERMiques DES CANCERS CUTANES OBSERVES AU SENEGAL.

I Fréquence des cancers cutanés

II Mode de vie et Milieu Social de nos malades

III Les lésions prédisposantes

CHAPITRE II

/1/ T U D E ANATOMOCLINIQUE DES CANCERS CUTANES

I La Tumeur Primitive

a/ Le début

b/ L'extension locale et ses aspects cliniques

c/ Les aspects histologiques.

II La Propagation lymphatique

III Les métastases à distance

IV Le retentissement des cancers cutanés sur l'état général

.../...

CHAPITRE III :

LA THERAPEUTIQUE DES CANCERS CUTANES

 CHAPITRE IV :

LA PROPHYLAXIE DES CANCERS CUTANES

/// H A P I T R E I

-- P I D E M I O L O G I E

Les Conditions d'une enquête épidémiologique carcinologiquement valable selon les règles de Denoix sont un idéal rarement atteint dans les pays développés et à plus forte raison dans nos pays sous-développés. A Cette difficulté de fond s'ajoute les écueils et les causes d'erreurs soulignés, par X. Sérafino et P.A. Menyé en Mars 1965 (87) et qui restent d'une extrême actualité. Ces réserves étant soulignés, il reste que les renseignements que nous avons obtenus paraissent autoriser des conclusions intéressantes pouvant servir de base de départ pour des recherches épidémiologiques plus parfaites sur les cancers cutanés au Sénégal.

I - FREQUENCE DES CANCERS DE LA PEAU

A - FREQUENCE DES CANCERS CUTANES PAR RAPPORT AUX AUTRES CANCERS

Nos 447 cas de cancers de la peau observés à l'Institut du cancer de 1959 à 1969 font partie d'un lot de 1.544 cas de tumeurs malignes traités pendant la même période dans ce même service. Les cancers cutanés au Sénégal représentent donc 34,24 des cas de cancers observés dans ce pays.

Le tableau I résume dans le détail la fréquence respective des diverses tumeurs malignes observées à l'Institut du cancer de Dakar pendant la période qui nous intéresse.

.../...

TABLEAU I

ORGANES	Nbre de cas suspects	%	Nbre de cas confirmés histo- logiquement	%
<u>PEAU</u>	<u>619</u>	<u>26,44</u>	<u>467</u>	<u>34,24 %</u>
<u>ORGANES GENITAUX FEMININS</u>	<u>551</u>	<u>23,53%</u>	<u>374</u>	<u>24,22%</u>
- Col utérin.....	342		258	
- Ovaires.....	114		86	
- Corps utérin.....	55		26	
- Chorio Carcinomes.....	8		8	
- Autres cancers.....	47		18	
- Vagin.....	17		11	
- Vulve.....	15		11	
- Trompes.....	8		2	
<u>SEIN</u>	<u>401</u>	<u>17,12%</u>	<u>264</u>	<u>17,03%</u>
<u>TUBE DIGESTIF ET GLANDES ANNEXES</u>	<u>293</u>	<u>12,51%</u>	<u>174</u>	<u>11,27%</u>
- Estomac.....	100		54	
- Foie.....	91		45	
- Rectum.....	41		25	
- Glandes salivaires.....	14			
- Anus.....	18		15	
- Colon.....	14		8	
- Pancréas.....	7		3	
- Intestin grêle.....	5		2	
- Oesophage.....	3		0	
<u>ORGANES HEMOPOIETIQUE ET GANGLIONS</u>	<u>93</u>	<u>3,97%</u>	<u>60</u>	<u>3,88%</u>
- Réticulosarcomes.....	18		13	
- Lymphosarcomes.....	18		12	
- Lymphoréticulosarcomes.....	12		11	
- Hodgkin.....	9		7	
- Autres cancers des ganglions	25		5	
- Leucémies.....	5		1	
- kahler.....	1		1	
- Cancer de la rate.....	5		0	
<u>OS</u>	<u>104</u>	<u>4,44%</u>	<u>59</u>	<u>3,82%</u>
- Maxilliaire inférieur.....	49		28	
- Reste du squelette.....	55		31	
<u>CAVITE BUCCALE</u>	<u>58</u>	<u>2,48%</u>	<u>48</u>	<u>3,11%</u>
- Langue.....	21		16	
- lèvres.....	17		12	

Tableau I (suite)

! - Plancher de la bouche	9	!	!	9	!
! - Joue.....	4	!	!	4	!
! - Amygdales.....	4	!	!	4	!
! - Gencives.....	2	!	!	2	!
! - Palais.....	1	!	!	1	!
! <u>APPAREIL URINAIRE</u>	<u>62</u>	!	<u>2,65</u>	<u>26</u>	!
! - Vessie	50	!	!	19	!
! - Rein.....	12	!	!	7	!
! <u>TISSU CONJONCTIF</u>	<u>52</u>	!	<u>2,22%</u>	<u>16</u>	!
! - Sarcomes.....	10	!	!	9	!
! - Muscles.....	7	!	!	7	!
! - Autres tumeurs.....	35	!	!	0	!
! <u>GLANDES ENDOCRINES (Thyroïde)</u>	<u>20</u>	!	<u>0,85 %</u>	<u>14</u>	!
! <u>Tissu Nerveux (TUMEURS DES NERFS)</u>	<u>19</u>	!	<u>0,81 %</u>	<u>12</u>	!
! <u>ORGANES GENITAUX MASCULINS</u>	<u>28</u>	!	<u>1,19%</u>	<u>11</u>	!
! - Verge.....	12	!	!	11	!
! - Prostate.....	14	!	!	0	!
! - Testicules.....	2	!	!	0	!
! <u>FACE ET COU</u>	<u>24</u>	!	<u>1,02%</u>	<u>11</u>	!
! - Oeil et paupières.....	7	!	!	5	!
! - Cou.....	11	!	!	3	!
! - Cavum.....	5	!	!	3	!
! - Narines.....	1	!	!	0	!
! <u>CAVITE THORACIQUE</u>	<u>17</u>	!	<u>0,72%</u>	<u>8</u>	!
! - Poumon.....	15	!	!	7	!
! - Coeur et crosse aortique	1	!	!	1	!
! - Plèvre.....	1	!	!	0	!
! Total.....	2341	!	!	!	!

Ce tableau montre avec évidence l'importance des tumeurs malignes de la peau dans notre service puisque celles-ci se classent au premier rang par ordre de fréquence des tumeurs malignes traitées à l'Institut du cancer. On remarquera que les cancers du tube digestif et des glandes annexes, se placent très loin derrière les cancers de la peau. Ceci ne représente pas la réalité des faits. Les cancers primitifs du foie (C.P.F.) restent en fait les tumeurs malignes les plus fréquemment observés au Sénégal. Mais alors que l'Institut du cancer en reçoit très peu, la majorité des malades atteints de tumeurs malignes hépatiques sont hospitalisés dans les services de Médecine Générale de l'Hôpital A. Le Dantec. Voici d'ailleurs, d'après quelques auteurs dakarois, une vue moins erronée de la fréquence comparée des C.P.F. et des trois autres localisations cancéreuses les plus fréquentes au Sénégal (cancers cutanés, cancers des organes génitaux féminins et cancers de la glande mammaire).

R. CAMAIN et X. SERAFINO (Colloque Abijan-Dakar) (1950-1960)

(15)

C.P.F.....	21,80 %
Cancers cutanés.....	14,85 %
Cancers génitaux féminins.....	19,91 %
Cancers du sein.....	7,39 %

R. CAMAIN (Institut Pasteur de Dakar) (1942-1953) (107)

C.P.F.....	19,63 %
Cancers cutanés.....	15,53 %
Cancers génitaux féminins.....	9,84 %
Cancers du sein.....	5,07 %

LAURENT rapporté par X. SERAFINO et F.A. MENYE dans Sud Afrique Médical et Chirurgical (1964) (87)

c.PF.....§	40 %
Cancers cutanés.....	5,5 %
Cancers génitaux féminins	14 %
Cancers du sein	17 %

P.A. MENYE (45^e Congrès des Médecins de Langue française du Canada) (1972) (46)

CPF.....	26,30 %
Cancers cutanés.....	13,61 %
Cancers génitaux féminins	11,49 %
Cancers du sein.....	7,12 %

B- FREQUENCE RESPECTIVE DES TYPES ANATOMOCLINIQUES DE CANCERS DE CANCERS CUTANES

Les 447 cas de Cancers cutanés de notre Série se répartissent de la façon suivante :

.....	<u>Nbre cas</u>	<u>%</u>
U.P.K.J	321	71,81
Cancers cutanés divers	39	8,72
Cancers sur brulûre	35	7,83
Cancers du Cuir chevelu	26	5,82
Mélano-cancers	26	5,82

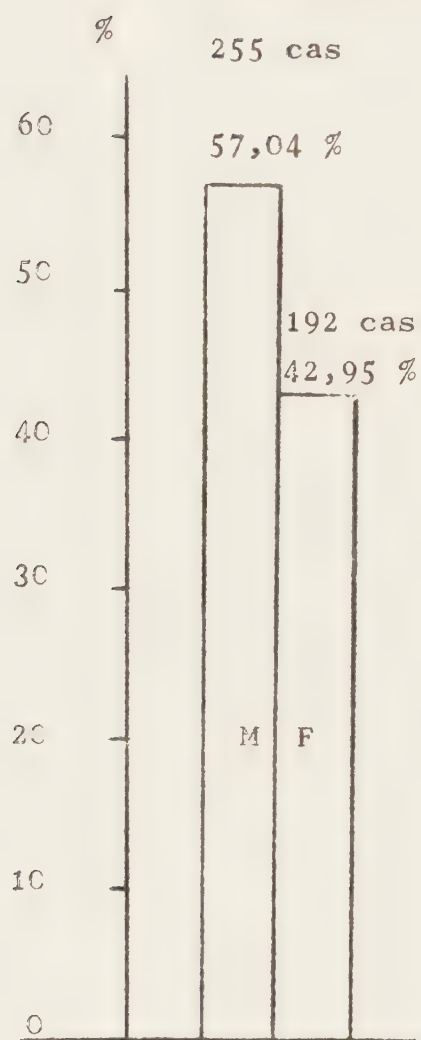
Au Sénégal, les cancers de la peau sont donc dominés par l'ulcère phagédénique cancérisé (UPKJ) qui, à lui seul, représente près de trois quarts des cas de cancers cutanés.

C- FREQUENCE DES CANCERS CUTANES SELON LE SEXE

1 - L'étude de la fréquence globale des cancers de la peau selon le sexe montre une faible prédominance du sexe masculin (255 cas : 57,05%) sur le sexe féminin (192 cas : 42,95%) soit un sex-ratio de 133

(Voir fig N°1 et tableau II)

FIGURE N° I



Fréquence globale des cancers de la peau selon le sexe

TABLEAU N° II

Types Anatomocliniques	M		F		T O T A L	
	Nbre cas	%	Nbre cas	%	Nbre cas	Sex-ratio M/F
U.P.K.J	189	57,87	132	42,12	321	143
Cancer sur brûlure	18	51,42	17	48,57	35	105
Cancer du cuir chevelu	12	46,15	14	53,84	26	85
Mélano-cancers	12	46,15	14	53,84	26	85
Cancers des autres sièges	24	61,58	15	38,42	39	180
Total.....	<u>255</u>	<u>57,05</u>	<u>192</u>	<u>42,95</u>	<u>447</u>	<u>133</u>

Fréquence des cancers de la peau selon le sexe

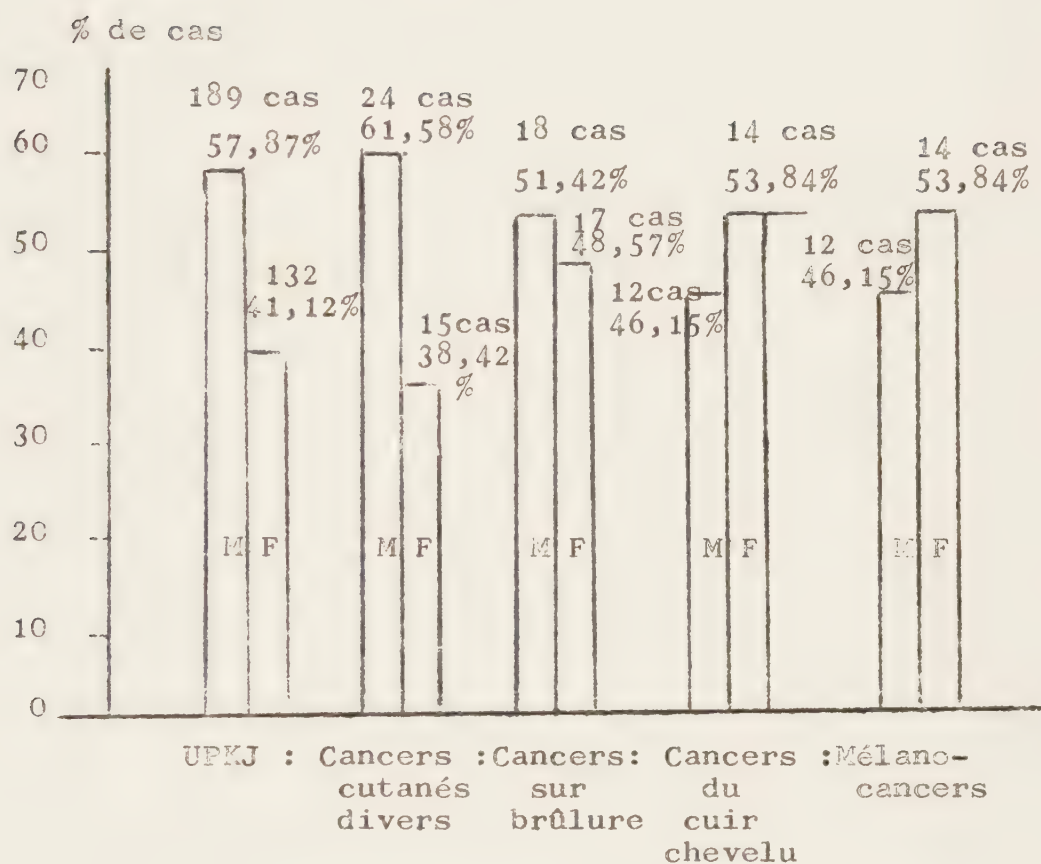
La plupart des statistiques Sénégalaises et mondiales confirment cette prédominance du sexe masculin qui peut s'expliquer comme le pense MIYAJI TORU du Japon (58) par le fait que la majorité des malades reçus dans le Service de Dermatologie sont des hommes. Or, à l'Institut du cancer de Dakar, le service des hommes comporte trois fois moins de lit que celui des femmes.

Dans les pays sous-développés, notamment au Sénégal, ce phénomène s'explique par le fait qu'un grand nombre de cancers de la peau résultent de lésions chroniques préexistantes, traumatiques ou inflammatoires.

2 - La fréquence de chaque type anatomoclinique de cancers de la peau selon le sexe s'établit de la façon suivante dans notre service (voir tableau II figure 2)

Le tableau II et la figure 2 montrent une nette prédominance masculine dans les UPKJ. Pour les cancers sur brûlure la prédominance masculine est douteuse. Par contre on note une légère prédominance féminine dans les cancers du cuir chevelu et les mélano-cancers.

FIGURE N° 2



Au total, sur les cinq formes anatomocliniques figurant au tableau II il ressort, une prédominance masculine dans les UPKJ, les cancers sur brûlure et les cancers cutanés divers, et une légère prédominance féminine dans les cancers du cuir chevelu et les mélano-cancers.

D - FREQUENCE DES CANCERS CUTANES SELON L'AGE

1 - L'étude de la fréquence globale des cancers de la peau selon l'âge est résumée dans le tableau III et la figure 3 qui montrent une absence totale de cas de cancers cutanés avant l'âge de 11 ans et après l'âge de 90 ans. Le plus jeune de nos malades est âgé de 16 ans et le plus âgé de 90 ans. Le maximum de fréquence des cancers cutanés de notre série se situe entre 31 et 40 ans.

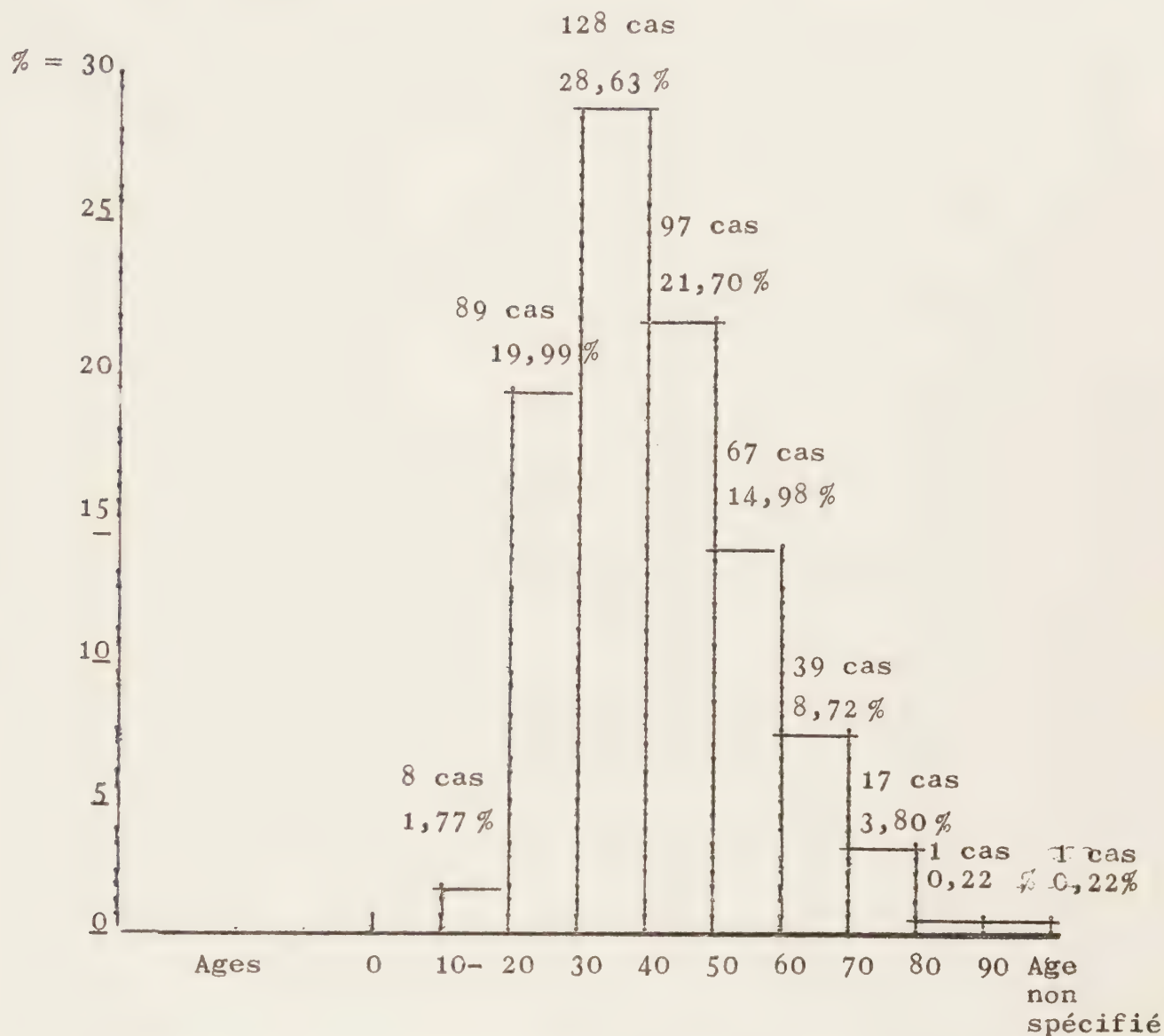
TABLEAU III

Ages	:	Nombre de cas	:	%
0 - 10 ans	:	-	:	-
11 - 20 ans	:	8	:	1,77
21 - 30 ans	:	89	:	19,99
31 - 40 ans	:	128	:	28,63
41 - 50 ans	:	97	:	21,70
51 - 60 ans	:	67	:	14,98
61 - 70 ans	:	39	:	8,72
71 - 80 ans	:	17	:	3,77
81 - 90 ans	:	1	:	0,22
âges non spécifiés	:	1	:	0,22
Total.....	:	447	:	

Ces constatations concordent avec les résultats de DENOIX dans son enquête sur les cancers en Afrique Noire Francophone (25). ces faits semblent montrer que les cancers cutanés frappent plus précocément le Noir Africain que les sujets de Race Blanche ou Jaune où le maximum de fréquence de ces cancers se situe autour de 60 - 70 ans. De plus, chez les sujets de Race Blanche, les premiers cas de cancers cutanés apparaissent le plus souvent à partir de 25 ans soit environ 10 ans après les premiers cas de nos malades Sénégalais.

FIGURE N° 3

Fréquence des cancers cutanés selon l'âge



D'une façon général d'ailleurs on peut admettre que les carcinomes épidermoïdes baso-cellulaires (qui sont l'apanage de la peau Blanche) apparaissent plus tardivement que les carcinomes épidermoïdes spino-cellulaires qui sont l'apanage de la peau Noire. Les premiers étant souvent provoqués par l'action répétée des radiations solaires alors que les seconds surviennent sur des lésions traumatiques ou inflammatoires plus ou moins négligées.

2- La fréquence des différentes formes anatomocliniques selon l'âge est résumée dans le tableau IV et la figure 4 a et b qui montrent

TABLEAU IV
FREQUENCE DES TYPES ANATOMOCLINIQUES DE CANCERS CUTANES PAR RAPPORT A L'AGE

AGE	UPKJ	CANCERS SUR BRULURE	CANCERS DU CUIR CHEVELU	MELANO CANCERS	CANCERS DES AUTRES SIEGES	TOTAL	
	Nbre Cas	%	Nbre Cas	%	Nbre Cas	%	Nbre Cas
1-10	-	-	-	-	-	-	-
11-20	3	0,93	2	5,71	1	3,84	1
21-30	74	23,05	7	20	3	11,53	3
31-40	101	31,4	13	37,14	3	11,53	3
41-50	67	20,87	4	11,42	11	42,30	16
51-60	40	12,46	4	11,42	6	23,07	10
61-70	24	7,47	4	11,42	2	7,69	6
71-80	11	3,42	1	2,85	-	-	1
81-90	1	0,31	-	-	-	-	1
Age non spécifié	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	321	-	35	-	26	-	39
							447

FIGURE 4 a : Fréquence des UPKJ et des cancers sur brûlure selon l'âge.

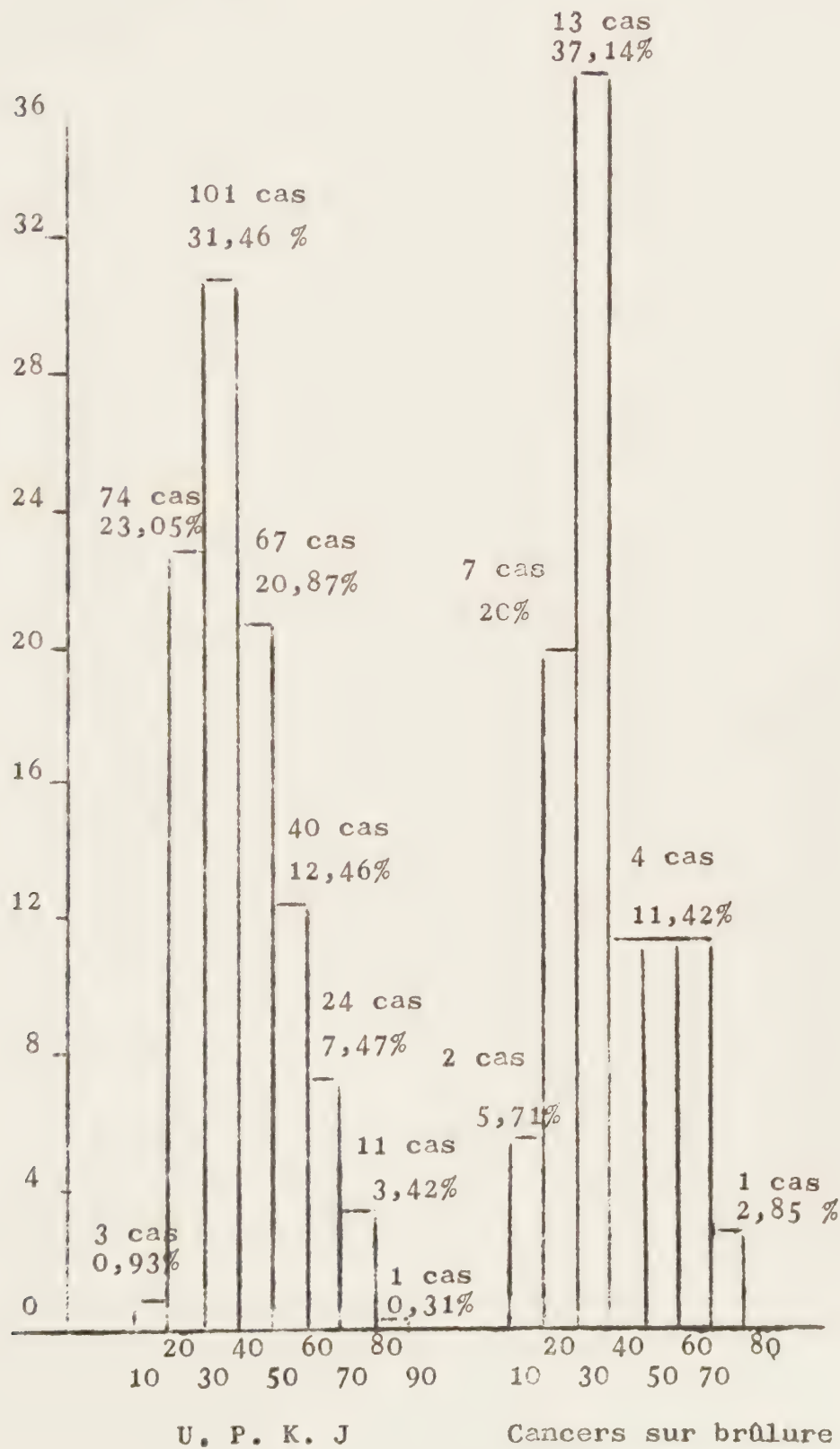
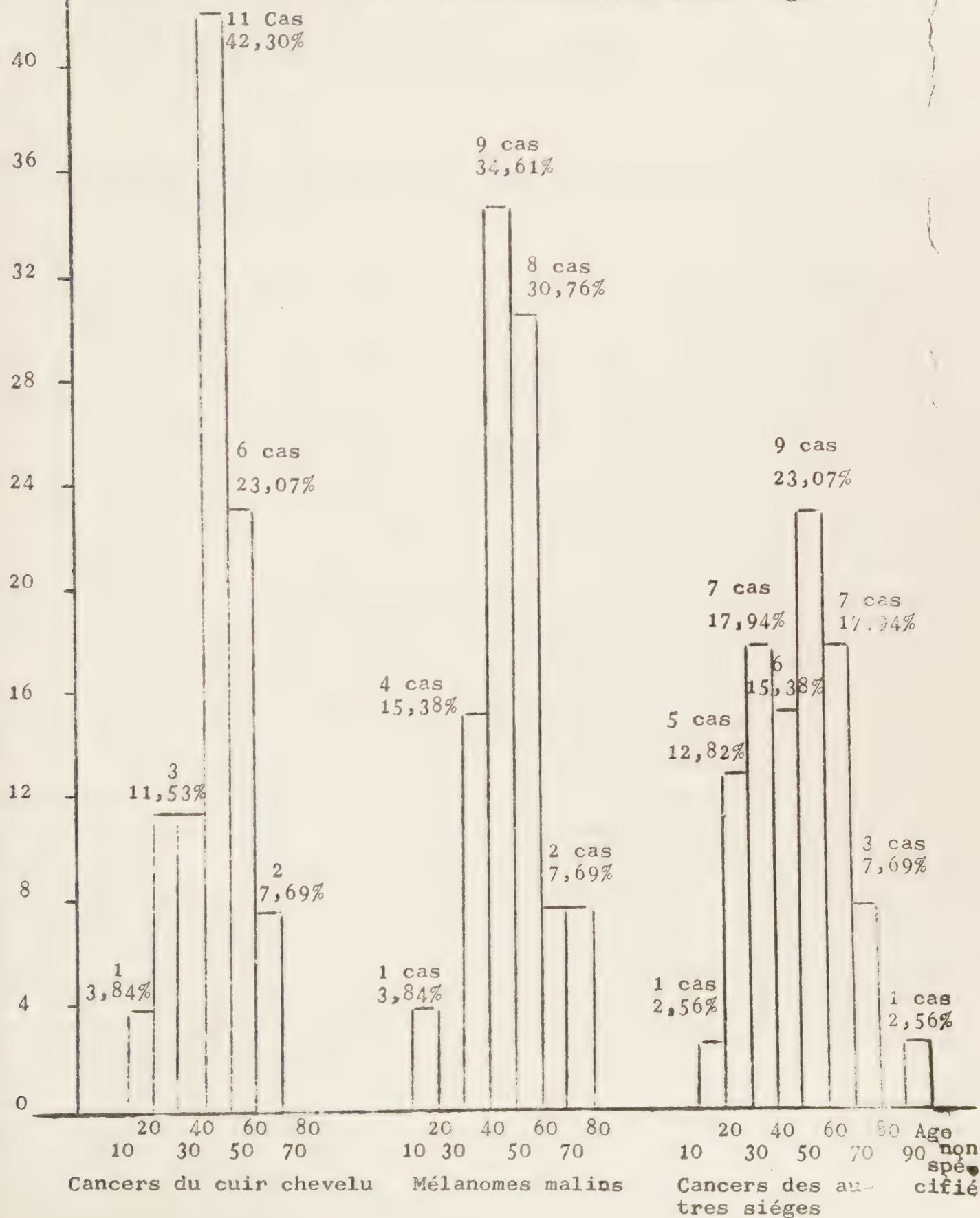


FIGURE 4 b : Fréquence des cancers du cuir chevelu, des mélanocancers et des cancers cutanés divers selon l'âge.



pour l'UPKJ et le cancer sur cicatrice de brûlure, le maximum de fréquence se situe entre 31 et 40 ans, alors que pour les cancers du cuir chevelu et les mélanocancers, le maximum se situe autour de 41-50 ans et autour de 51-60 ans pour les cancers cutanés divers.

D - FREQUENCE DES CANCERS CUTANES SELON L'ETHNIE ET LES REGIONS ADMINISTRATIVES DU SENEGAL

1 - Fréquence selon l'ethnie

les
L'étude de la répartition des cancers de la peau selon/différentes ethnies du Sénégal ne permet pas de tirer des conclusions précises sur la prédisposition éventuelle de telle ou telle ethnie pour tel ou tel type de cancers cutanés. En effet, d'après les recensements de 1960-1961, les Ouoloffs avec 1.103.000 habitants (36,09 %) sont l'ethnie la plus importante du Sénégal, suivis de loin par les Sérères et Niominkas (595.000 habitants : 19,47 %), les Toucouleurs (422.000 habitants : 13,80 %), les Peulhs-Foulas-Laobés (230.000 habitants : 7,25 %), les Diolas et Bainoukés (216.000 habitants : 7,06 %), les Bambaras-Mandingues-Socés-Malinkés (198.000 habitants : 6,49 %); les autres ethnies du Sénégal sont beaucoup moins représentatives puis qu'aucune d'elles ne dépasse 3 % de la population Sénégalaise. L'importance de l'ethnie Ouoloff au Sénégal se retrouve dans notre série de cancers cutanés, les Ouoloffs représentent à eux seuls plus de la moitié de nos malades (54,14 %). Par contre les Diolas et Bainoukés, qui représentent 7,06 % de la population Sénégalaise ne fournissent que 1,33 % de nos malades. Il est difficile d'en déduire que les Diolas et Bainoukés sont moins prédisposés aux cancers cutanés que les Ouoloffs et les autres ethnies du Sénégal car un grand nombre de facteurs interfèrent : éloignement de la paysannerie Casamarienne de la Capitale Sénégalaise, existence d'un centre hospitalier relativement moderne à Ziguinchor, etc. Ces facteurs, valables pour les Diolas et Bainoukés que nous avons pris pour exemple le sont aussi pour les autres ethnies.

2 - FREQUENCE SELON LES REGIONS

Plus intéressante par contre est l'étude du nombre de maladies qui proviennent de chaque région administrative du Sénégal. L'on sait que le Sénégal est divisé en sept régions administratives dont la plus peuplée est la région du Sine -Saloum (22,80 % d'habitants). Les régions de Casamance, de Diourbel, avec chacune 16 % d'habitants, se placent au second rang devant le Cap-Vert (15 %) et celle de Thiès (13%), celle du Fleuve 11,04 % et enfin celle du Sénégal Oriental, (4,85 %). Ces régions ont des conditions climatiques très différentes. La Casamance, le Sénégal Oriental, qui sont des régions boisées à pluviométrie relativement importante, s'opposent à la région de Thiès, de Diourbel qui sont des régions sèches à végétation épineuse.

Ces notions climatiques associées à la distance plus ou moins grande qui sépare Dakar des différentes régions suffisent à expliquer les très très grandes variations de fréquence des cancers cutanés d'une région à une autre. Ainsi, la région de Thiès, qui se classe en 5e rang dans l'importance de sa population, se classe au 1er rang parmi les fournisseurs de cancers cutanés; inversement la région du Sine-Saloum, la plus peuplée du Sénégal, n'est que notre 5e fournisseur de cancers cutanés. La distance relativement faible (70 km) qui sépare Dakar de Thiès ne suffit pas à elle seule à expliquer la grande fréquence des cancers cutanés dans la région Thiessoise. Il faut, à notre avis donner une importance primordiale dans cette région au facteur traumatique que représente les buissons épineux. Comme nous le verrons plus loin, les traumatismes répétés de la sole plantaire ou du tiers inférieur de la jambe chez des paysans aux membres inférieurs mal protégés, constituent des causes importantes d'ulcères chroniques des jambes et de mélanomes de la plante du pied.

Dans la région du Sine-Saloum qui est notre cinquième fournisseur de cancers cutanés, il est possible que la faible fréquence des cancers de la peau dans notre série s'explique par l'existence d'un hôpital relativement bien équipé à Kaolack. Pour les autres régions en dehors de celle du Cap-Vert, la faible fréquence des cancers cutanés peut s'expliquer par les grandes distances qui sépare Dakar de ces régions. De façon générale, nous avons constaté que plus le chef lieu d'une région est éloigné de Dakar, moins nous en recevons de cas de cancers. Le nombre de malades traités à l'Institut du Cancer de Dakar

seulement

apparaît ainsi lié, non/à l'infrastructure médicale dans chaque région mais aussi au problème d'évacuation sur Dakar. Il est évident que la solution à ces difficultés d'évacuation réside dans la création, dans chaque chef lieu de région, de/^{CO}qu'il est convenu d'appeler "centres de consultations avancés", c'est à dire de centres régionaux de triage dotés de moyens adéquates d'évacuation des cas non susceptibles d'être traités sur place.

Nous avons également recherché l'existence d'une prédisposition de telle ou telle ethnie ou région administrative à tel ou tel type anatomoclinique de cancers cutanés, aucune conclusion précise n'a pu être tirée de cette étude.

II - ETUDE DE L'ENVIRONNEMENT
ET DES FACTEURS PREDISPOSANT AUX CANCERS CUTANES

A - Mode de vie et milieu Social.

Dans la très grande majorité des cas, les cancers de la peau observés au Sénégal siègent à la partie distale du membre inférieur. Il est facile d'en déduire que le mode de vie et le milieu social de nos malades jouent un rôle dans la survenue de ces cancers et que les facteurs génétiques et les substances cancérigènes n'interviennent pratiquement pas comme cela est le cas dans les pays économiquement développés.

Le membre inférieur du paysan Sénégalais est généralement mal protégé et de ce fait exposé à toutes sortes d'agressions traumatiques et microbiennes. La majorité des paysans marchent pieds nus ou portent des Sandalettes qui ne protègent la sole plantaire que de façon sommaire. Par ailleurs, le port de culottes bouffantes laisse en général nu au moins le tiers inférieur des jambes. En dehors de ces deux grands facteurs qui s'observent essentiellement chez les paysans, d'autres coutumes et usages interviennent même chez les Sénégalais de la ville :

- 1 - la prière Mahometane en position assise par terre, mettant les plaies des membres inférieurs en contact avec la souillure terrigènes.
- 2 - le barbotage des enfants nus dans les flaques d'eau et les marigots surtout pendant la saison des pluies, mettant la peau en contact avec divers types de parasites.
- 3 - La cuisson des aliments dans la cour où les enfants jouent, exposant ceux-ci à des risques de brûlure grave.

.../...

4 - La tendance généralisée et regrettable de se faire "tripoter" les lésions par un guérisseur du village ou un marabout avant d'aller consulter dans le dispensaire le plus proche.

Mais le mode de vie des Sénégalais n'est pas le seul facteur prédisposant aux cancers cutanés.

La nature intervient également de façon non négligeable. Nous avons déjà parlé plus haut des forêts épineuses de la région de Thiès, de Diourbel et même du Cap-Vert qui constituent des agents traumatisants perpétuels pour le cultivateur : En Casamance et au Sénégal Oriental, les marigots et les étendues d'eau dormante représentent un autre type de danger. Il n'est pas rare en effet qu'un malade, lors de l'interrogatoire, précise que son ulcère a commencé par un bouton d'apparition spontanée. Ces boutons, soit disant d'apparition spontanée, nous semblent être dans la majorité des cas d'origine allergique, parasitaire ou bactérienne et consécutifs à des baignades dans des eaux plus ou moins souillées. Bien entendu, pour compléter ce tableau, il faudrait ajouter l'insuffisance de l'infrastructure médicosociale au Sénégal comme tous les pays sous-développés. Un grand nombre de malades auxquels on reproche de s'adonner à la médecine traditionnelle, ne fréquente pas les dispensaires uniquement pour se soustraire de ces longues files d'attente qui sont la règle dans tous les dispensaires, ceux-ci étant très peu nombreux et très peu équipés en matériel et en personnel.

B - LES LESIONS PREDISPOSANTES

1 - Les cancers cutanés observés au Sénégal se greffent dans la majorité des cas sur des lésions bénignes préexistantes. La connaissance de ces lésions bénignes revêt un intérêt primordial car elle permettrait dans une certaine mesure une prophylaxie efficace d'un certain nombre de types anatomocliniques de cancers cutanés. Nous étudierons successivement :

a) - Les ulcérations bénignes d'évolution chronique qui sont le plus souvent à l'origine des ulcères phagédéniques cancérisés de jambe et des cancers sur fistule;

b) - Les cicatrices anciennes de brûlure;

c) - Les taches pigmentaires de la sole,^{de}/l'adulte Noir Africain qui seraient, selon certains, à l'origine des mélanomes malins de la palnte du pied du Noir Africain.

a) - Les ulcérations bénignes d'évolution chronique. Dans le monde rural qui représente plus de 90 % de la population Sénégalaise, ces ulcérations sont provoquées soit par des traumatismes, soit par des infections et des parasitoses cutanées.

Les traumatismes sont la plupart du temps représentés par des écorchures provoquées par des épines, par la pénétration des échardes de bois, plus rarement par des plaies contuses résultant d'accidents divers. Dans notre série/447 malades, les cancers cutanés consécutifs à des lésions d'origine traumatiques représentent 40,52 % des cas.

Les lésions inflammatoires liées le plus souvent à des causes infectieuses ou parasitaires regroupent la majorités des caspuis- qu'elles fournissent 58,95 % de cancers cutanés de notre série. Dans certains cas, il nous a été possible de préciser les causes infectieuses ou parasitaires de ces lésions; les parasites retrouvés ont été par ordre de fréquence : les vers de Guinée,^{1^{er}}/mycétomes; parmi les infections subaiguës ou chroniques, nous avons pu noter un grand nombre de furoncles et un cas de fistules urinaires gonococciques cancérisées. Mais dans la très grande majorité des cas, l'agent parasitaire ou bactérien n'a pu être précisé.

b) - Les cicatrices anciennes de brûlure dégénérant en cancers sont connues depuis fort longtemps. On sait que certaines cicatrices ne sont jamais cicatrisées. C'est le cas notamment des cicatrices résultant de brûlures étendues non greffées. Ces cicatrices représentent de véritables lésions inflammatoires en perpétuel remaniement qui aboutissent à la longue à la transformation maligne. Ces lésions inflammatoires chroniques d'apparence cicatricielles ont été bien étudiées d'une part par M. DARGENT (23) et d'autre part par X. SERAFINO et P.A. MENYE dans leur étude sur les cancers sur oicatrice de brûlure au

Sénégal (93). Il est d'ailleurs intéressant de noter la longue évolution de ces cicatrices avant leur transformation maligne. La plupart des cancers sur cicatrice de brûlure observés au Sénégal surviennent chez les sujets ayant été brûlés dans l'enfance. Nous avons dit le risque extrêmement grand que représente l'habitude/^{de} la ménagère Sénégalaise à faire sa cuisine dans la cour de la concession familiale qui est en même temps un terrain de jeu pour les enfants.

c) - Les taches pigmentaires de la sole chez l'adulte Noir Africain seraient, pour certains auteurs (43), à l'origine des mélanomes malins de la plante du pied du Noir Africain. Il est intéressant d'observer que chez les Noirs Africains enfants ou adolescent, la plante des pieds et la paume des mains sont les seules régions dépigmentées de la peau. Chez l'adulte au contraire on observe de façon quasi constante l'apparition des taches pigmentées dans ces deux régions. Ces taches pigmentées représenteraient -elles des lésions précancéreuses ? C'est l'opinion de LEWIS en Ouganda 1967 (43) qui pense que la localisation caractéristique des mélanomes malins à la plante du pied des Africains ne serait/^{pas} liée au traumatisme comme le pense HEWER au Soudan (33) CAMAIN et BASSET à Dakar (14) mais que ces tumeurs prendraient naissance à partir des taches pigmentées de la plante du pied des adultes, Ces taches représentant pour cet auteur de véritables mélanomes bénins comparables aux grains de beauté de la peau Blanche.

2 - L'aspect clinique et évolutif de ces diverses lésions précancéreuses est dans l'ensemble univoque, sauf pour les taches pigmentées précédant les mélanomes malins. La lésion est une ulcération banale au début, mais qui peu à peu s'étend en profondeur et en superficie, provoquant un véritable bouleversement de la structure des parties molles environnante : c'est le phagédénisme. Cette extension peut être spontanée mais il faut avouer qu'elle est la plupart du temps consécutive à des traitements empiriques (pansements avec des feuilles ou des écorces d'arbre ou même avec du sable et de la bouse de vache). En Ouganda, LEWIS a noté la coutume répandue chez les indigènes de traiter les plaies des membres par le fer chaud, la fumée du charbon de bois. Ces traitements empiriques ou médicaux aboutissent le plus souvent à la cicatrisation de ces ulcères, mais cette cicatrisation est fréquemment remise en cause par de nouveaux traumatismes ou de nouvelles lésions infectieuses. On assiste alors à des phases successives de cicatrisation et de réouverture, remaniements propices à une transformation maligne des tissus

Dans les cas d'ulcérations sur cicatrices inflammatoires, l'aspect de la lésion ne diffère guère de celui décrit plus haut, exception faite du phagédénisme qui n'existe pas. Il s'agit au début d'une ulcération plus ou moins plane, plus ou moins atone, qui évolue comme plus haut par phases successives de pseudocicatrisation et de réouverture.

Les ulcérations d'origine fistulaires représentent exactement le même aspect clinique que les précédentes.

Au total, il s'agit dans tous les cas d'ulcération chroniques banales dont rien ne laisse présager la transformation maligne. Quant aux taches pigmentaires qui précèdent l'apparition des mélanomes malins de la plante du pied, il s'agit de plages mélaniques, de tailles différentes, mal limitées, inégalement réparties sur la sole plantaire et ne représentant en aucun moment un aspect tumoral. Enfin notons pour compléter cette étude sur les lésions précancéreuses que nous n'avons observé aucune lésion susceptible d'être suspectée comme étant à l'origine des cancers du cuir chevelu et de certains carcinomes cutanés d'origine annexielle.

CHAPITRE II

ETUDE ANATOMOCLINIQUE

LA TUMEUR PRIMITIVE

I - E TUDE CLINIQUE

4) - MODALITE DE DEBUT

Quel que soit le type anatomoclinique, le début de la tumeur maligne primitive cutanée se fait selon deux grands types de modalités : début spontané, sans lésion préexistante évidente; transformation maligne d'une lésion cutanée préexistante.

1 - Début spontané

C'est le cas habituel dans les carcinomes du cuir chevelu, les carcinomes annexiels et quelques mélanomes malins siégeant en dehors de la plante du pied. La tumeur commence en général par un " bouton " qui s'ulcère rapidement. Cette ulcération prend d'emblée un caractère bourgeonnant très suspect. Il s'agit donc de lésions d'emblée cancéreuses. Ces cas ne représentent qu'une infime proportion de notre série

2 - Dans la majorité des cas, le cancer fait suite à une lésion préexistante décrite plus haut (ulcères phagédéniques, cicatrices de brûlure, fistules). Le moment précis de la dégénérescence maligne de ces lésions est très difficile à déterminer, tant la différence macroscopique est minime entre une ulcération chronique bénigne et une ulcération maligne au début. Les signes habituellement décrits comme étant pathognomoniques de l'ulcération cancéreuse (l'ulcération bourgeonnante à bords déchiquetés, donnant à la pression une substance comédonnienne) ne sont valables que pour un cancer avancé. Quand au saignement au contact, il existe dans toute ulcération bénigne ou maligne bourgeonnante. L'interrogatoire des malades ne permet donc pas de situer de façon précise le moment de la transformation maligne. Pourtant il serait d'un intérêt considérable sur le plan histologique de connaître les modalités de début de cette transformation maligne. 7

Dans un seul cas, R. CAMAIN, X. SERAFINO et P.A. MENYE (16) ont pu saisir un ulcère phagédénique bénin en phase de transformation maligne. L'étude histologique des coupes en série de cette lésion a montré à R. CAMAIN :

a) que la petite zone cancérisée siégeait entre une zone hyperkératosique d'un côté et de l'autre une zone^{de} papillomatose dyskératosique suivie plus loin d'une zone éléphantiasique

b) que la transformation maligne semblait se faire à partir de l'épiderme cicatriciel

malheureusement il est impossible d'admettre une conclusion sur le seul cas.

Cette difficulté pour le malade de situer le moment de la transformation maligne entraîne souvent un temps perdu très long entre le début de cette transformation et la première consultation. Dans notre série, on peut admettre qu'approximativement 27 % des cancers cutanés nous parviennent un an après la transformation maligne, 6 % entre 1 an et 5 ans et 2 % entre 6 et 10 ans. Chez 81 malades de notre série, la date de la transformation maligne a pu être approximativement notée. 77% de ces malades sont venus consulter de 0 à 1 an plus tard et 22% de 1 à 10 ans plus tard. Il s'en suit naturellement, comme le verrons plus loin que la plupart des tumeurs vues à notre consultation sont des tumeurs avancées.

II} - EXTENSION LOCALE ET SA SYMPTOMATOLOGIE

Cette extension de la symptomatologie varient avec le siège de la tumeur primitive

1 - Au membre inférieur, la tumeur est presque toujours unilatérale, atteignant d'avantage le côté gauche (58 % des cas) que le côté droit 42 %. Dans les cancers sur brûlure le siège est presque toujours haut (genou, creux poplité);

Dans l'UPKJ, c'est le tiers inférieur de la jambe qui est le plus souvent intéressé; alors que le siège de prédilection des mélanomes malins est soit le talon, soit l'avant pied. Quelqu'en soit le siège la tumeur primitive se présente dans la totalité des cas comme une ulcération plus ou moins bourgeonnante, saignant au moindre contact et souvent de très grande dimension, 4 à 8 travers de doigts dans les cancers sur brûlure et l'UPKJ, 2 à 4 travers de doigts dans les mélanomes malins. La couleur de l'ulcération, le caractère décollé ou déchiqueté de ses bords, permettent souvent de faire un diagnostic différentiel entre les trois types anatomocliniques de cancers cutanés des membres inférieurs. Dans l'UPKJ, l'ulcération est bourgeonnante est rouge, à bords surélevés et déchiquetés. A la pression, ces bords laissent sourdre une substance comédonnienne blanchâtre : ce signe est pathognomonique de la cancérisation de l'ulcère phagédénique. Dans les cancers sur cicatrice de brûlure l'ulcération bourgeonnante est rouge également et ses bords sont beaucoup moins déchiquetés et peu surélevés. Dans les mélanomes malins enfin l'ulcération est soit noire bleuâtre, soit rouge pâle, à bords non surélevés, et ces caractères permettent un diagnostic différentiel aisé avec certains cancers siégeant sur la plante du pied.

L'extension en surface et en profondeur de ces trois types anatomocliniques de cancers cutanés du membre inférieur est très variable. Alors que les mélanomes malins n'entraînent que très rarement un bouleversement des structures avoisinantes, les UPKJ et les cancers sur cicatrice de brûlure s'accompagnent de modifications importantes des parties molles à l'entour et du squelette sous-tumoral.

(Fig n° 5, 6 et 7)



FIG. 1. — MELA. — CANCEP DE L'AVANT PIED



FIG. 2. — MELA. — CAME MALIN DE LA PLANTE DU PIED

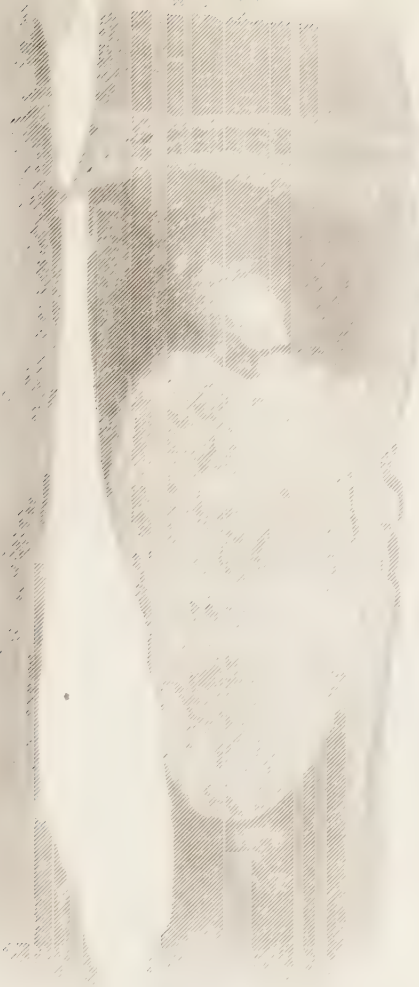
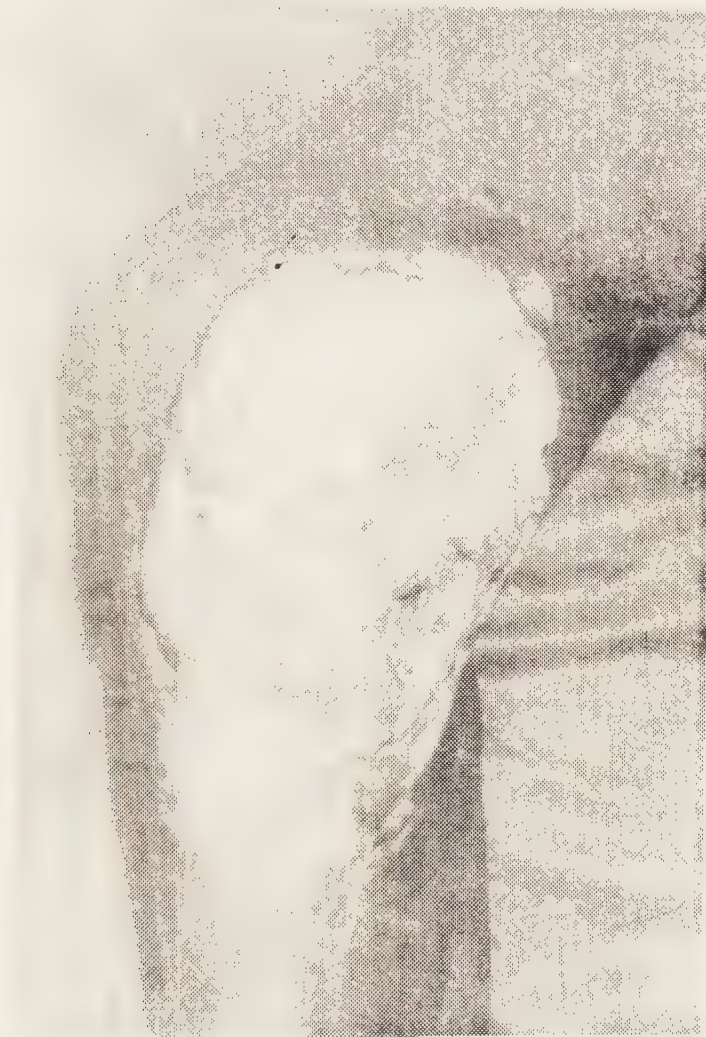


FIGURE N° 6a : U.P.K.J. DE SIEGE POSTERIEUR



FIGURE N° 6b : U.P.K.J. siégeant à la face antérieure

FIGURE N° 7 - CANCER SUR BRULURE AVEC IMPORTANTES MODIFICATIONS
DES STRUCTURES AVOISINANTES



La peau déjà profondément modifiée dans sa structure par la lésion précancéreuse initiale (phagédénisme, cicatrice de brûlure) devient luisante, extrêmement fragile et souvent le siège de micro-ulcération soit traumatiques, soit infectieuses. Sous la peau, les muscles sont en totalité ou en partie remplacés par une fibrose importante. Au total, autour de l'ulcération cancéreuse existent non plus des parties molles, mais des parties dures, fibreuses mal vascularisées. Ce bouleversement des structures avoisinantes aura, comme nous le verrons plus loin, des répercussions importantes sur les indications thérapeutiques.

La proximité des lésions cancéreuses avec le squelette du membre inférieur fait que celui-ci est très souvent atteint, soit par une simple réaction inflammatoire avec réaction ostéopériostée, soit par une extension cancéreuse à l'os avec destruction plus ou moins étendue de celui-ci.

L'étude de l'os sous-jacent à la tumeur par l'observation clinique intéresse 119 cas de notre série répartis dans le tableau V

T A B L E A U V

Etat clinique de l'os sous-tumoral	UPKJ	Cancers sur brûlure	Melano cancers	Cancers cutanés divers	Total
Os mis à nu	60	1	1	-	62
Fracture pathologique spontanée	19	-	-	-	19
Amputation spontanée d'un orteil	1	-	-	-	1
Os apparemment non atteint	29	1	-	6	36
Total	109	2	1	6	118

Ce tableau montre une atteinte osseuse évidente dans 82 cas soit 69,49 %, atteinte qui semble absente dans 36 cas soit 30,50 %.

Cette atteinte osseuse apparait cliniquement : soit sous forme d'os mis à nu (63 cas; 53,39%) soit sous forme de fracture pathologique évidente (20 cas; 16,64 %). Ces lésions osseuses s'observent plus souvent dans les UPKJ que dans les cancers sur brûlure et les mélanos cancers. Le fait que seuls ont été observés et décrits les cas où les lésions sont cliniquement évidentes et importantes, à l'exclusion de celles qui sont camouflées par le bourgeonnement, montre que ces pourcentages d'atteinte osseuse accessible au seul examen clinique sont inférieurs à la réalité. D'où le grand intérêt de l'étude radiologique systématique de l'os au niveau des régions atteintes.

L'examen radiologique de ce squelette sous tumoral ainsi que l'examen des pièces opératoires d'amputation nous ont permis de mettre en évidence la présence de lésions osseuses dans 247 cas sur 302 soit 81,79 % et l'absence d'atteinte du squelette local dans 55 cas soit 18,21 %. Ce fort pourcentage de lésions dépistées par la radiographie opposées à la faible fréquence des lésions accessibles à la simple observation clinique souligne, s'il en était besoin, la nécessité de faire de la radiographie osseuse sous tumorale un examen systématique de routine dans le bilan préthérapeutique des cancers cutanés. Ces lésions osseuses, d'aspect et de gravité variable peuvent être classées en deux grandes groupes : les lésions d'ostéolyse et les lésions de production osseuse.

Les lésions à type d'ostéolyse ou d'ostéoporose sont les plus fréquentes et viennent au 1er rang de notre série avec 187 cas sur 302 soit 61,20 %. Parfois la lyse osseuse est peu étendue et strictement localisée sur les 3 ou 4 cm de la corticale sous tumorale et donne à la radiographie une image de géode bien limitée, aspect que nous n'avons rencontré qu'au niveau des UPKJ (fig 8)

FIGURE N° 8 : U.P.K.J. AVEC LYSE OSSEUSE GEODIQUE LIMITEE

plus souvent, les lésions osseuses sont très étendues. On assiste, non seulement à la destruction de la corticale sous-tumorale, mais aussi à des modifications étendues de l'os au-dessus et au-dessous de cette destruction. Il s'agit tantôt d'un épaisissement de la corticle avec hyperproduction osseuse et déformation de la diaphyse, tantôt d'une disparition très étendue de la trame osseuse sur les clichés radiologiques. Cette extension de l'atteinte osseuse au delà de la zone sous-tumorale a été appelée par P. A. MENYE "la maladie diaphysaire de l'ulcère phagédénique cancérisé". (fig. n° 9)_a

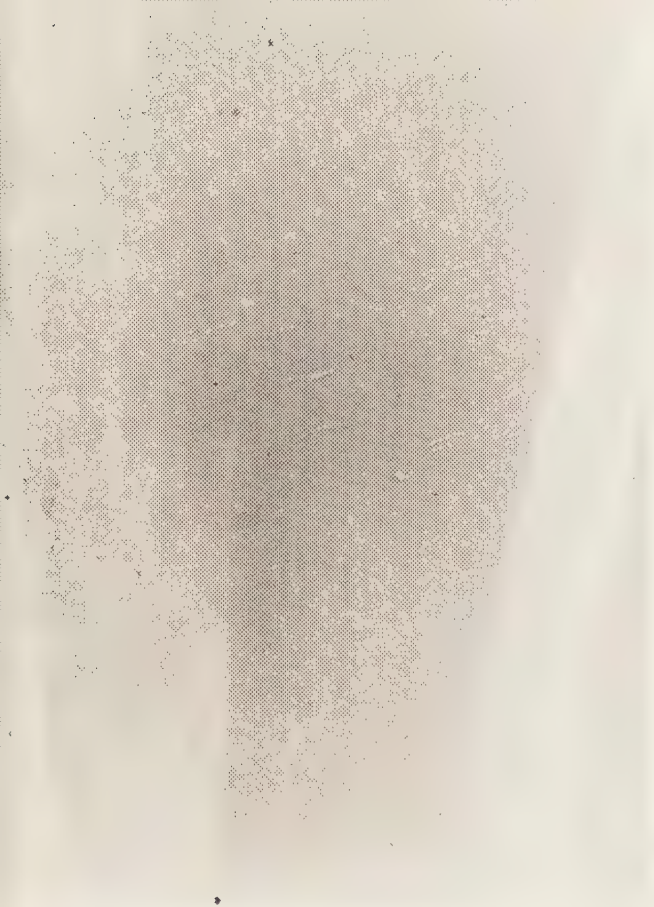
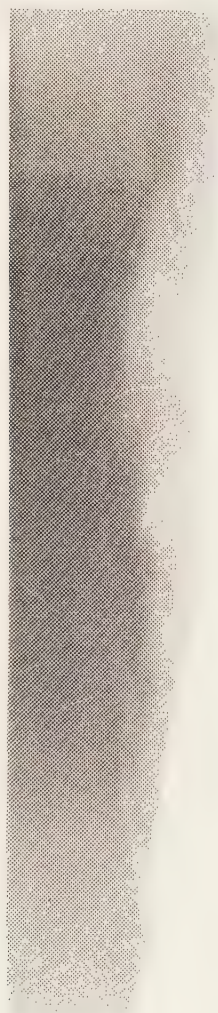


FIGURE N° 9 a : U.P.K.J. : EXTENSION DE LA DESTRUCTION OSSEUSE
A LA DIAPHYSE (RAREFACTION DE L'OS)

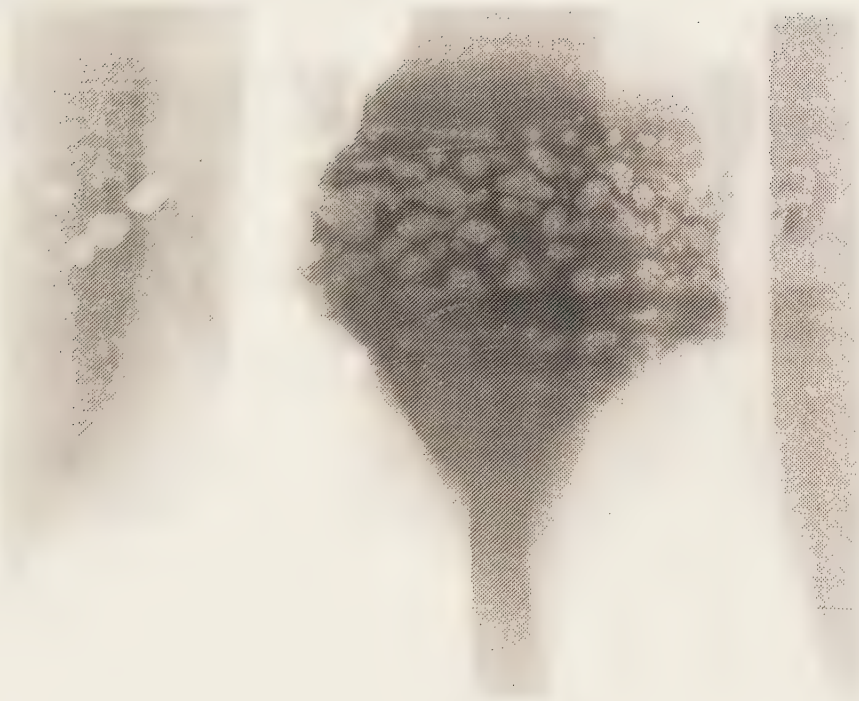
RE N° 9 b : U.P.K.J. : EPAISSISSEMENT DE LA CORTICALE OSSEUSE
SOUS TUMORALE



Enfin dans un nombre non négligeable de cas, on assiste, soit à une disparition totale d'un segment (22 cas sur 302 : 7,28 %) soit à une destruction à la fois du tibia et du péroné (stade de la préfracture pathologique). Cette destruction conduit souvent à la fracture pathologique (74 cas sur 302 : 24,50 %) (fig. n°10)

FIGURE N° 10 a : U.P.K.J., AVEC ATTEINTE DES DEUX OS ET SANS FRACTURE PATHOLOGIQUE.





Sans
FIGURE 10 b : U.P.K.J. AVEC ATTEINTE DES DEUX OS ~~ET~~ FRACTURE PATHOLOGIQUE.

Signalons enfin la rareté des images de décalcification isolée ou de décalcification associée à l'ostéoporose ainsi que des images pseudokystiques.

Considérant les types anatomocliniques, la fréquence de l'atteinte osseuse se présente comme suit :

UPKJ	215 cas sur un total de 228 soit 94, 29 %
Cancers sur brûlure	17 cas sur un total de 25 soit 64, 00 %
Mélano cancers	5 cas sur un total de 10 soit 50, 00 %
Cancers cutanés divers	3 cas sur un total de 18 soit 16, 66 %

L'atteinte du squelette de la jambe est très fréquente dans l'UPKJ, (94, 29 % des cas). De plus les UPKJ présentent tous les types d'images radiologiques avec une nette prédominance des lésions d'ostéolyse. Ils sont les seuls à présenter les images d'érosion sous forme d'encoche unique et sous forme de trous multiples

Notons en passant que le stade de fracture pathologique est commun aux UPKJ et aux cancers sur brûlure de jambe.

La fréquence de l'atteinte du squelette de la jambe par les cancers sur brûlure est aussi importante (64 % des cas). Dans notre série, les cancers sur brûlure produisent tous les types d'images radiologiques, à l'exclusion des images d'érosion : 1 cas d'image de production osseuse en feu d'herbe, 1 cas d'image d'ostéite, 7 cas d'image d'ostéolyse dont 2 fractures pathologiques, 14 cas de lésions de décalcification.

Il est difficile de donner une fréquence statistiquement valable des lésions de l'os sous-tumorale par les mélanocancers à cause du faible nombre de cas étudiés radiologiquement (10 cas seulement). Notons cependant que dans ce lot, 50 % des mélanocancers présentent un os sous-tumoral radiologiquement sain et 50 % des cas présentent des lésions osseuses dont 40 % (4 cas) avec image d'ostéolyse (entourée dans 3 cas d'un processus de décalcification ostéoporotique) et 10 % (1 cas) de lésions d'ostéoconstruction.

Ainsi l'atteinte du squelette de la jambe est très fréquente dans les UPKJ et les cancers sur brûlure et beaucoup moins fréquente dans les mélanocancers. Il est donc impérieux, avant tout traitement des cancers cutanés des membres inférieurs, d'étudier l'os sous-tumoral cliniquement surtout radiologiquement, mais aussi histologiquement. De son état comme l'état général et l'état des ganglions dépendent avant tout non seulement un certain nombre d'indications thérapeutiques mais aussi le pronostic immédiat et lointain. En effet l'atteinte du squelette de la jambe intervient dans le pronostic fonctionnel du membre lors qu'elle contraindique tout traitement conservateur. Elle intervient aussi dans le pronostic vital par l'infection chronique qu'elle favorise et entretient et par les risques d'infections aiguës massives ou d'explosion métastatique consécutive à une fracture pathologique : lorsque la lyse osseuse entraîne une fracture pathologique, elle réclame alors une sanction chirurgicale urgente : l'amputation haute du membre.

Ainsi, les tumeurs malignes cutanées du membre inférieur se caractérisent, non seulement par leurs dimensions et leur volume, mais aussi et surtout par l'atteinte des structures voisines. C'est cette atteinte des structures voisines, plus que la taille de la tumeur elle-même qui déterminent le stade évolutif des cancers cutanés des membres inférieurs. Dans un travail antérieur consacré aux UPKJ, P.A. MENYE et COLLABORATEURS (52) ont essayé de définir, en fonction de la taille tumorale et des lésions péri-tumorales, les différents stades évolutifs de la tumeur primitive (T) afin que tous ceux qui ont à étudier ces cancers en Afrique parlent le même langage. P.A. MENYE a proposé la classification suivante :

T I : tumeur de moins de 3 cm de diamètre, ne s'accompagnant d'aucune lésion osseuse (elle représente 1 % des cas dans notre série)

T 2 : soit tumeur de 3 cm à 5 cm de diamètre sans lésions osseuses sous-jacentes;

soit tumeur de 3 cm de diamètre s'accompagnant d'une réaction périostée simple, (ce groupe représente 5 % des cas de notre série).

T 3 : soit tumeur de 6 à 10 cm de diamètre s'accompagnant d'une réaction périostée simple

soit tumeur de plus petit diamètre mais s'accompagnant de lésions osseuses de gravité moyenne (Ostéo-périostite, décalcification, hypercondensation, épaississement de la corticale, géode unique) (ce groupe représente 46 % des cas de notre série)

T 4 : soit tumeur d'un diamètre supérieur à 10 cm quel que soit l'état de l'os sous-jacent;

soit tumeur de plus petit diamètre mais s'accompagnant de lésions osseuses graves (fractures pathologiques, géode multiples destruction de tout un segment osseux, déformation ou remaniement de tout le squelette de la jambe.

(Ces cas représentent 48 % de notre série)

On voit d'après cette classification que les tumeurs avancées (T3 et T4) représentent 94 % de nos cas et que par conséquent les indications d'excision locale sont rares.

2 - Les cancers du cuir chevelu ont une symptomatologie et une extension locale notablement différentes de ceux que nous venons de voir du fait de leur siège. Ces lésions peuvent être localisées à n'importe quelle région de la tête (antérieure, postérieure, latérale). Mais ce qui est plus intéressant à retenir dans la symptomatologie de ces tumeurs c'est qu'elles se présentent sous deux aspects différents. Tantôt il s'agit d'ulcérations à la fois creusantes et bourgeonnantes, de tailles nettement inférieures à celles que nous avons vues au membre inférieur, saignant facilement au contact et se propageant en un temps plus ou moins court à l'os du crâne directement sous-jacent. Très souvent, ce type de cancers du cuir chevelu est représenté par les carcinomes. (fig. N°11)



FIGURE N° 11 : CARCINOME EPIDERMOIDE DU CUIR CHEVELU. TUMEUR BOURGEONNANT CREUSANT AVEC EXTENSION RAPIDE AUX STRUCTURES AVOISINANTES.

67

Tantôt, et ce sont les cas les moins fréquents, le cancer est une volumineuse tumeur fermée non ulcérée apparemment mobile par rapport à la peau et par rapport à l'os crânien. Il s'agit dans ces cas de Sarcomes (fig. n° 12)



FIGURE N° 12 — SARCOME DU CUIR CHEVELU. FERME, VOLUMINEUX.

Que la tumeur soit ouverte ou fermée, elle a une propension moins grande, que les tumeurs des membres inférieurs, à détruire l'os. Les seules lésions osseuses que nous ayons observées au niveau du crâne étaient strictement sous-tumorales et strictement localisées à la table externe. Chez aucun des malades nous n'avons constaté la destruction totale des 2 tables externes et internes pouvant entraîner des lésions cérébrales.

Ces tumeurs du cuir chevelu sont peu ou pas douloureuses.

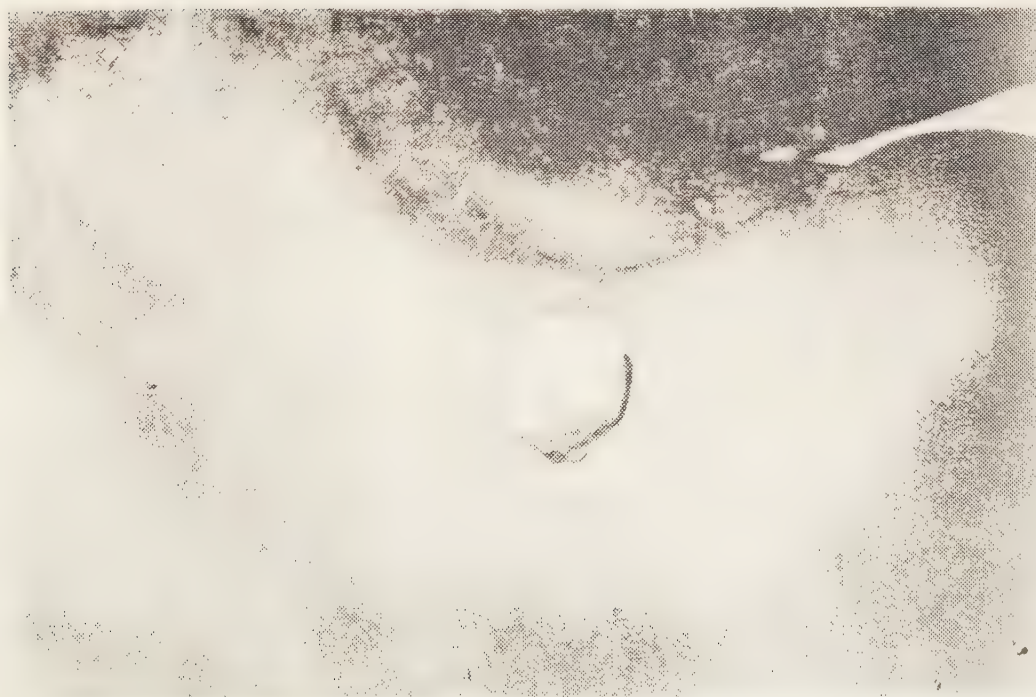
3 -- Les autres localisations des tumeurs cutanées de notre série concernent essentiellement le tronc, la région cervicale, la région scapulaire, le membre supérieur, la périnée et le scrotum. Au niveau du tronc, la tumeur primitive est parfois un cancer sur cicatrice de brûlure (1 cas sur 2) toujours ulcéré, bourgeonnant, ayant une très forte propension à l'extension en surface et une faible propension à l'extension en profondeur. Tout se passe comme si les muscles constituaient une barrière efficace contre la pénétration des cellules carcinomateuses en profondeur.

Dans la moitié des cas, au lieu d'être un cancer sur cicatrice de brûlure, la tumeur est un mélanome malin. Elle se présente sous forme d'une ulcération rose pâle (et non pigmentées) saignant faiblement au contact et totalement asymptomatique.

Ici comme plus haut, l'extension en profondeur est faible, Ces tumeurs en imposent pour des ulcérations mycosiques. Le diagnostic est très difficile sur le plan purement clinique.

Dans la région scapulaire, nous avons observé deux types anatomocliniques de cancers cutanés. Le plus souvent il s'agit de cancers annexiels, nés aux dépens des annexes cutanés. Il s'agit tantôt d'une petite ulcération de 2 à 3 cm de diamètre, parfaitement arrondie, bourgeonnante et saignant au moindre contact (fig. n° 13)

FIGURE N° 13 : CARCINOME ANNEXIEL DE LA REGION SCAPULAIRE
PETITE, ARONDIE.



tantôt d'une vaste ulcération à la fois creusante et bourgeonnante, intéressant toute la région scapulaire et axillaire et s'accompagnant de phénomènes douloureux et d'un important oedème du membre supérieur homolatéral (fig. n° 14)

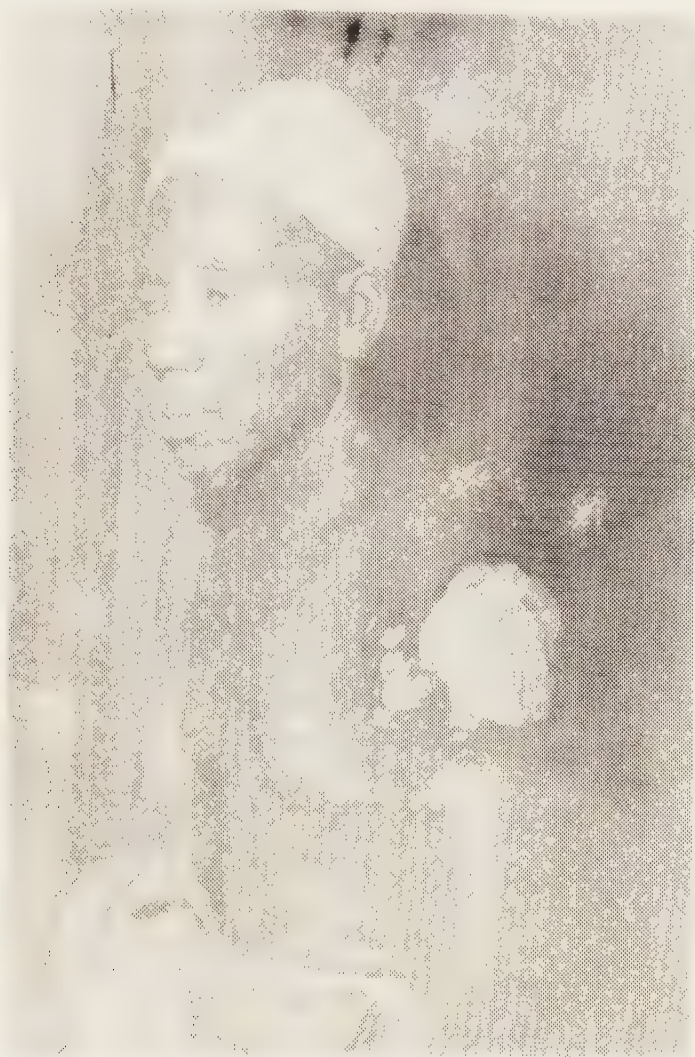


FIGURE N°14 : CARCINOME ANNEXIEL DE L'ÉPAULE

Le seul cas de cancer cutané de l'épaule de notre série et qui n'était pas un cancer annexiel était un mélanome malin d'évolution foudroyante chez une jeune femme allaitante. Le mélanome malin de cette malade était une énorme tumeur ulcérée, très hémorragique, étendue de la base du cou à la région axillaire et s'accompagnant de douleurs intenses, d'un état subfébrile et d'amaigrissement rapide. (fig. n°15)

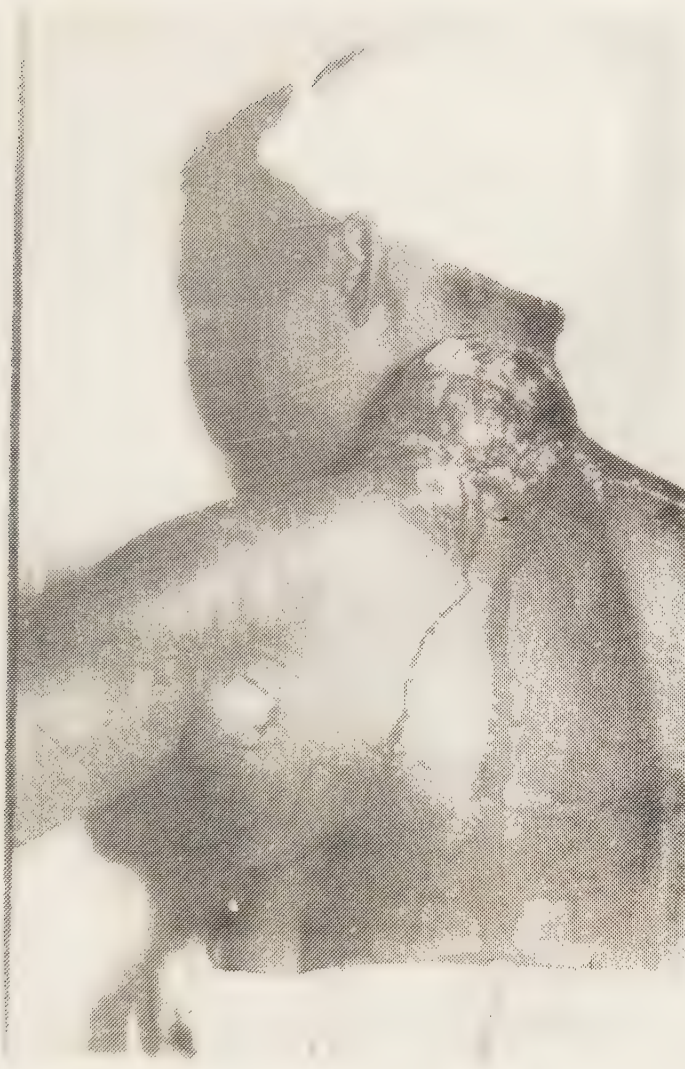


FIGURE N° 15

Les cancers localisés au scrotum ou au périnée sont souvent des ulcérations malignes développées à partir des lésions préexistantes (fistules urinaires) ce sont des ulcérations bourgeonnantes ayant les caractères habituels de toutes les ulcérations cancérisées. Elles n'ont aucune symptomatologie particulière.

Quant aux cancers cutanés de localisations cervicales, ils sont rares. Ils se présentent souvent sous la forme d'une vaste ulcération creusante, suppurée et mal odorante. Il s'agit le plus souvent de l' "éclatement" à l'extérieur d'un sarcome sous cutané (fig. n° 16)



FIGURE 14 ECLATEMENT A L'EXTERIEUR D'UN SARCOME DU CUIR
CHEVELU.

II - Etude des types histologiques de cancers cutanés

Les principaux types histologiques de cancers cutanés que nous avons observés dans notre série sont résumés dans le tableau n° VII.

TABLEAU N° VII

	UPKJ	Cancers sur brûlure	Cancers du Cuir chevelu	Cancers cutanés divers	Total	Nbre %
<u>Carcinomes</u>						
épidermoïdes	308	33	22	29	392	87,69
.Spino-cellulaires	299	32	11	14	356	79,64
.Annexiels	4	-	8	7	19	4,25
.Divers (anaplasiques, immatures non spécifiés, etc)	4	1	2	6	13	2,90
.Baso-cellulaires	1	-	1	2	4	0,89
<u>Mélano-cancers</u>	-	-	-	-	26	5,81
<u>Sarcomes vrais</u>	8	1	4	9	22	4,92
<u>Carcino-sarcomes</u>	5	1	-	1	7	1,56
Total.....	321	35	26	39	447	99,98

Ce tableau fait ressortir l'importante proportion des carcinomes parmi lesquels dominent les carcinomes épidermoïdes spino-cellulaires. La grande fréquence des carcinomes épidermoïdes spino-cellulaires dans notre série s'explique par la prédominance des UPKJ chez nos malades. Cette haute incidence des carcinomes épidermoïdes spino-cellulaires se retrouve dans la statistique de I. FAYE, H. SARRAT et R. CAMAIN (29) que nous reproduisons dans le tableau N° VIII

TABLEAU VIII

(Fréquence des diverses formes histologiques des cancers cutanés selon le sexe à Dakar)

	Hommes	Femmes	Non précisés	Total Nb de cas	%
Carcinomes épidermoïdes	487	331	1	819	84,2
-spino-cellulaires	458	309	-	767	78,8
-baso-cellulaires vrais	15	13	-	28	2,8
-annexiels	14	9	1	24	2,5
Mélanomes malins	43	41	1	85	8,7
Sarcomes	48	10	-	58	5,9
-de kaposi	39	7	-	46	4,7
-de Darrier Ferand	9	3	-	12	1,2
Hémato-dermies	7	3	-	10	1,02
Total	505	385	2	972	99,82

Les carcinomes épidermoïdes annexiels, qui représentent 2,5 % des cancers cutanés dans la statistique de I. FAYE et collaborateurs, retrouvent une fréquence voisine dans notre série (3,58 %)

Quant aux carcinomes baso-cellulaires dont on sait que l'existence a été pendant longtemps niée chez le Noir, leur fréquence s'avère finalement non négligeable puisqu'ils représentent 0,89 % de notre série et 2,80 % de l'ensemble des cancers cutanés de la statistique de I. FAYE et Collaborateurs.



Enfin nous avons groupé sous le terme de carcinomes divers 16 cas de carcinomes épidermoïdes d'aspects très différents tels que les carcinomes anaplasiques dont nous avons observé 11 cas, les carcinomes épidermoïdes immatures 1 cas, les carcinomes épidermoïdes de types non spécifiés 2 cas.

L'étude de la répartition des carcinomes épidermoïdes selon le sexe et l'âge est résumée dans le tableau IX

Dans l'ensemble, les carcinomes épidermoïdes ne sont pas des cancers de l'enfance (0 à 15 ans). Ils sont très rares dans les deux sexes au cours de l'adolescence (16 à 20 ans) et après 60 ans.

Au cours de l'adolescence (16 à 20 ans) tous les cas de carcinomes épidermoïdes rencontrés dans les deux sexes sont uniquement des carcinomes spino-cellulaires. Dans les autres tranches d'âge les carcinomes épidermoïdes spino-cellulaires représentent dans les sexes les mêmes répartitions que celle des carcinomes épidermoïdes pris globalement.

Les autres types d'histologiques de carcinomes épidermoïdes (an-nexiels, baso-cellulaires et divers) n'apparaissent pas avant l'âge de 21 ans dans les deux sexes.

Les mélanomes malins se placent au 2eme rang dans la fréquence des types histologiques de cancers cutanés de notre série. Selon les résultats histologiques des pièces opératoires, nous avons distingué : les mélano-carcinomes (3 cas soit 30,73 % de l'ensemble des mélano-cancers), les mélano-sarcomes (11 cas soit 42,30 %) et les mélano-cancers de type non spécié (7 cas). La répartition de ces mélano-cancers selon le sexe et l'âge est résumée dans le tableau IX.

Au cours de l'enfance (0 à 15 ans), nous n'avons rencontré aucun cas de mélano-cancer dans les deux sexes. Dans l'adolescence (16 à 20 ans), le seul cas de mélano-cancer de notre série et de sexe féminin. Les mélano-cancers sont rares dans les deux sexes chez

TABLEAU N° IX

SEXE	H	O	M	M	E	S	F	E	M	M	E	S	Total
TRANCHES D'AGES	0-15	16-20	21-40	41-60	60	Total	0-15	16-20	21-40	41-60	60	Age non spécifié	Total
Carcinomes	-	1	94	97	37	229	-	2	202	47	11	1	392
spino-cellulaires	-	1	98	86	33	209	-	2	95	41	9	-	356
annexiels	-	-	3	4	2	9	-	-	4	5	-	1	19
divers (anaplasiques immatures	-	-	2	9	1	12	-	1	1	9	3	-	26
baso-cellulaires	-	-	1	1	1	3	-	-	1	-	-	-	4
Mélano-cancers	-	-	2	9	1	12	-	1	1	9	3	-	26
Sarcomes vrais	1	7	-	5	-	13	1	1	4	2	1	-	22
Carcino-Sarcomes	-	1	3	1	-	5	-	-	1	1	-	-	7
Total.....	1	9	99	112	38	259	1	4	108	59	15	1	447

chez l'adulte jeune (21-40 ans) et chez les vieux de plus de 60 ans d'âge. Ils sont essentiellement des cancers de l'adulte mûr dans les deux sexes.

Les sarcomes cutanés s'observent plus rarement que les mélanocancers (22 cas dans notre série). Les fibro-sarcomes sont de loin les plus fréquents (12 cas soit plus de 15 %); viennent ensuite par ordre de fréquence : les sarcomes de Darrier-Ferrand (4 cas) le sarcome géant-cellulaire (1 cas), les angio-fibrohistiocytosarcomes (1 cas), l'angio-sarcomatose de Kaposi (1 cas), le sarcome de Burkitt de la peau (1 cas) le sarcome à cellules rondes (1 cas), le sarcome mésenchymateux très différencié (1 cas).

La répartition des sarcomes de notre série selon l'âge et le sexe est résumée dans le tableau IX. Dans notre série les sarcomes constituent le seul type de cancers cutanés rencontré dans l'enfance (0 à 15-ans). Leur maximum de fréquence se situe dans l'adolescence pour le sexe masculin et dans l'âge adulte jeune pour le sexe féminin.

Quand aux carcino-sarcomes, ils comprennent l'association dans la même tumeur d'un cancer épithélial et d'un tissu sarcomateux ou sarcomatoïde. L'association du cancer épithélial et d'un sarcome vrai, fibroblastique ou fuso-cellulaire a été observée 3 fois : deux cas concernant des UPKJ et le 3^e un cancer sur brûlure. Les 4 autres cas de ce groupe de carcino-sarcomes nous semblent plus discutables : il s'agit dans ces 4 cas de carcinomes épidermoïdes spino-cellulaires dont le stroma a été trouvé soit d'aspect sarcomateux, soit sarcomatoïde.

Pour terminer cette étude des lésions histologiques, il est intéressant de considérer, non plus les types histologiques de la tumeur primitive elle-même, mais la fréquence de l'envahissement histologique des structures péritumorales. Comme nous l'avons dit plus haut, les mélanocancers et les sarcomes cutanés n'envahissent que très rarement ou très tardivement les structures sous-tumorales profondes. Si les premiers plans musculaires au contact de la tumeur primitive sont constamment envahis, les plans musculaires et osseux plus profonds sont presque toujours respectés.

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

Ce qui laisse aux chirurgiens des possibilités d'excision presque toujours carcinologiquement satisfaisantes. Par contre, l'extension en superficie de ces cancers est toujours très importante voir fig. 17 & 18.

61

FIGURE N° 17: MELANOME MALIN DE L'ÉPAULE AVEC IMPORTANTE EXTENSION EN SUPERFICIE.



FIGURE N° 18: MELANOME DU COU AVEC IMPORTANTE EXTENSION EN SUPERFICIE.



La tumeur éclate littéralement à la peau dont l'envahissement s'étend en moyenne à 3 cm au-delà des limites macroscopiques du néoplasme.

La fréquence de l'atteinte des structures profondes par les carcinomes a été soulignée dans les travaux de X. SERAFINO, P.A. MENYE, et COLLABORATEURS, notamment dans les carcinomes ulcérées des membres inférieurs ()

Atteinte histologique des parties molles

Les résultats de l'étude histologique des parties molles sous-tumorales des 52 cas de notre série sont résumés dans le tableau X

TABLEAU N° X

Profondeur de l'atteinte néoplasique	UPKJ	Cancers sur brûlure	Cancers du cuir chevelu	Mélanocancers	Cancers cutanés divers	Total
Extension de l'hypoderme jusqu'au derme inclu	8	3	1	-	2	14
Extension de l'hypoderme jusqu'aux plans musculaires	13	3	-	1	6	23
Atteinte de tous les plans profonds à l'exclusion de l'os	11	2	-	-	2	15
Total	32	8	1	1	10	52

The first part of the report deals with the general situation of the country and the progress of the work. It is followed by a detailed account of the various expeditions and the results obtained. The last part of the report contains a summary of the work done during the year and a list of the names of the persons who have been engaged in the work.

The first expedition was made in the month of January, and was led by Mr. A. B. C. It was a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals. The second expedition was made in the month of February, and was led by Mr. D. E. F. It was also a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals.

The third expedition was made in the month of March, and was led by Mr. G. H. I. It was a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals. The fourth expedition was made in the month of April, and was led by Mr. J. K. L. It was also a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals.

The fifth expedition was made in the month of May, and was led by Mr. M. N. O. It was a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals. The sixth expedition was made in the month of June, and was led by Mr. P. Q. R. It was also a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals.

The seventh expedition was made in the month of July, and was led by Mr. S. T. U. It was a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals. The eighth expedition was made in the month of August, and was led by Mr. V. W. X. It was also a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals.

The ninth expedition was made in the month of September, and was led by Mr. Y. Z. A. It was a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals. The tenth expedition was made in the month of October, and was led by Mr. B. C. D. It was also a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals.

The eleventh expedition was made in the month of November, and was led by Mr. E. F. G. It was a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals. The twelfth expedition was made in the month of December, and was led by Mr. H. I. J. It was also a very successful one, and resulted in the discovery of several new species of plants and animals.

Date	Name of the person	Place
Jan 1	A. B. C.	New York
Jan 2	D. E. F.	New York
Jan 3	G. H. I.	New York
Jan 4	J. K. L.	New York
Jan 5	M. N. O.	New York
Jan 6	P. Q. R.	New York
Jan 7	S. T. U.	New York
Jan 8	V. W. X.	New York
Jan 9	Y. Z. A.	New York
Jan 10	B. C. D.	New York
Jan 11	E. F. G.	New York
Jan 12	H. I. J.	New York
Jan 13	K. L. M.	New York
Jan 14	N. O. P.	New York
Jan 15	Q. R. S.	New York
Jan 16	T. U. V.	New York
Jan 17	W. X. Y.	New York
Jan 18	Z. A. B.	New York
Jan 19	C. D. E.	New York
Jan 20	F. G. H.	New York

Ce tableau montre une importante fréquence d'atteinte des structures profondes sous tumorales par les UPKJ et les cancers sur brûlure et une atteinte superficielle de ces structures par les cancers du cuir chevelu, les mélano-cancers et les cancers cutanés divers.

Etude de l'atteinte histologique de l'os sous tumoral

Cette étude, basée sur 79 cas de notre série, a mis en évidence trois aspects de l'os sous tumoral répartis dans le tableau n° XI

TABLEAU N° XI

Types de lésions	UPKJ	Cancers sur brûlure	Mélano-cancers	Cancers cutanés divers	Total
<u>Lésions osseuses malignes</u>	40	2	1	-	43
Atteinte osseuses superficielle	24	1	-	-	25
Os largement envahi	15	1	-	-	16
<u>Absence de lésions osseuses</u>	26	3	-	-	29
<u>Lésions osseuses bénignes</u>	6	-	-	1	7
Ostéonécrose	3	-	-	-	3
Ostéite	2	-	-	-	2
Periostite ossifiante	1	-	-	-	1
Moelle osseuse inflammatoire	-	-	-	1	1
Total	72	5	1	1	79

TABLE 1

Ce tableau souligne l'importance fréquence de l'atteinte osseuse par le processus néoplasique : 4 cas sur 79, soit 54,44 % dont 26 cas d'envahissement superficiel, 13 cas d'envahissement large et profond, 3-cas d'os envahi sans autre indication et 1 cas envahi et nécrosé

En deuxième place se situe l'absence de lésions osseuses : 29 cas sur 79, soit 36,70 %

Au dernier rang suivent les lésions osseuses bénignes : 7 cas sur 79, soit 8,86 %

On peut donc affirmer que les cancers cutanés ne déterminent pas nécessairement des lésions osseuses puisque (3,77) % des cas ne présentent ces lésions et que 36,70 % des cas en sont indemnes. Ces lésions ne correspondent pas toujours à un envahissement néoplasique du squelette sous-tumoral car les lésions sont malignes dans 54,44% , elles sont bénignes dans 8,86% des cas (production osseuse = 1 cas, ostéomyélite = 1 cas, ostéite = 2 cas, ostéonécrose = 3 cas).

Dans le détail des types anatomocliniques, la majeure partie des examens histologiques de l'os sous-tumoral a été faite sur des UPKJ (72 cas sur 79, soit 91,14 %) et l'étude histologique de l'os dans les autres types anatomocliniques de cancers cutanés reste insuffisante.

Dans 40 cas d'UPKJ sur 72, soit 55,55 %, l'histologie a révélé la présence d'une invasion osseuse néoplasique avec une nette prédominance des cas d'atteinte superficielle (24 cas) sur les cas d'atteinte large et profonde (16 cas). L'absence d'envahissement osseux a été trouvée dans 28 cas sur 72, soit 36,11 % et l'os a été trouvé sans lésions dans 6 cas sur 72 (8,33 %).

Les cinq cas de cancers sur brûlure où l'étude histologique de l'os a été faite n'offrent pas une base solide permettant des conclusions définitives. Notons seulement : l'absence de toute atteinte osseuse dans 3 cas, l'existence d'une invasion osseuse superficielle dans un cas, l'envahissement large et profond dans un cas et enfin

l'absence de lésions bénignes dans notre série de cancers sur brûlure.

Aucun examen histologique de l'os sous-tumoral n'a été fait pour les cancers du cuir chevelu, les prélèvements de la voûte crânienne risquant de léser le cerveau.

Pour les mélano-cancers, un seul examen histologique de l'os a été effectué qui révèle un envahissement osseux superficiel par le processus tumoral.

Un seul cas d'examen de l'os sous-tumoral a été fait pour les cancers des autres sièges; il n'a révélé qu'une moelle osseuse fibro-inflammatoire.

4°) - Reste à définir la relation entre ces types de lésions osseuses histologiques et les images radiologiques. Les recherches menées dans ce but ont porté sur 63 cas de notre série (cas comportant à la fois un examen radiologique et un contrôle histologique de l'os sous-tumoral). Les résultats que nous avons obtenus figurent au tableau XII

TABLEAU N° XII

Aspects radiologiques	! Os histologique- ment envahi	! Os histologique- ment non envahi	! Total
Images d'ostéolyse	! 34	! 15	! 49
Image de production osseuse seule	-	6	6
Ostéoporose+production osseuse	! 1	! 2	! 3
Absence de lésions osseuses	! 1	! 2	! 3
Ostéoporose seule	! 1	! 1	! 2
Total.....	! 37	! 26	! 63

Ce tableau montre que 34 images radiologiques d'ostéolyse sur 49 cas, soit 69,38 % correspondent à un envahissement réel de l'os sous-tumoral par le cancer, et que 15 cas sur 49, soit 30,69 % ne correspondent pas à une atteinte néoplasique de l'os. L'ostéolyse représente une forte présomption d'atteinte néoplasique du squelette sous-tumoral, mais n'est pas pathognomique d'une atteinte osseuse par le cancer.

Aucune des images radiologiques de production osseuse pure ne correspond à un envahissement néoplasique du squelette sous-tumoral.

Les autres types d'images radiologiques (ostéoporose associée à l'ostéocondensation) correspondent : soit à des lésions bénignes, soit à une atteinte néoplasique. Le fait surprenant ici est la découverte d'une atteinte osseuse histologique sur un des trois cas où la radiographie laissait prévoir un squelette indemne de toute lésion.

En fait, il n'y a pas d'images radiologiques permettant d'affirmer ou d'infirmer l'envahissement osseux par le processus néoplasique. Dans notre série cependant les 6 cas d'ostéoproduction pure (non associée à toute/^{autre} image radiologique) semblent toujours correspondre à des lésions bénignes, mais, compte tenu du faible nombre de cas, il est prudent de ne pas encore en faire une loi immuable.

II - ETUDE DE L'EXTENSION LYMPHATIQUE
/=====

Cette étude est intéressante à un double point de vue :

D'une part sur le plan clinique, l'état des ganglions lymphatiques permet d'orienter les indications chirurgicales,

D'autre part sur le plan histologique l'envahissement ou non du ganglion examiné au microscope permet d'évaluer approximativement le pronostic , c'est à dire les chances de survie à distance des malades.

L'examen clinique de toutes les aires ganglionnaires et l'examen histologique des pièces de curage cellulolymphatique doivent par conséquent être systématique.

Les ganglions examinés histologiquement doivent être classés dans l'un des groupes suivants définis par X. SERAFINO et P.A. MENYE (52).

- NO : pas d'adénopathies cliniquement palpables
 - NI : adénopathies homolatérales mobiles
 - N2 : soit adénopathies homo-latérales fixées
soit adénopathies contre latérales ou bilatérales
 - N3 : adénopathies du 2e ou 3e relai ganglionnaire
- a) - mobile
 - b) - fixée

Sur le plan histologique, toutes nos pièces de lymphadénectomie sont systématiquement envoyées au Laboratoire d'Histopathologie de l'Hopital Aristide Le Dantec. Selon les résultats de ces examens, les ganglions sont classés dans les groupes suivants définis par l'U I C C :

N (-) : absence d'envahissement histologique à l'examen microscopique,

N (+) : envahissement ganglionnaire

D'une façon générale, l'étude ganglionnaire dans notre série de 447 malades a confirmé l'opinion classique selon laquelle l'envahissement ganglionnaire est exceptionnel dans les Sarcomes cutanés, alors qu'il est l'apanage des carcinomes et des mélanocancers. Les résultats que nous présentons ci-dessous notamment sur le plan histologique ne concernent donc que les carcinomes et les mélanomes malins.

A - ETUDE CLINIQUE

Nous étudierons l'état clinique des ganglions selon le siège de la tumeur primitive. L'état ganglionnaire pour la totalité de nos malades a été apprécié par l'examen clinique. La lymphographie n'a été pratiquée chez aucun de nos malades pour des raisons d'insuffisance de l'infrastructure radiologique dans notre hôpital

1 - Extension ganglionnaire dans les cancers cutanés des membres inférieurs selon le siège de la tumeur primitive.

Le premier relai ganglionnaire peut être soit le creux poplité, soit le triangle de Scarpa (fig n°19)

1. The first part of the paper is devoted to a

discussion of the general principles of the

theory of the structure of the

of the structure of the

of the structure of the

of the structure of the

of the structure of the

of the structure of the

of the structure of the

of the structure of the

of the structure of the

of the structure of the



FIGURE N° 19 : ADENOPATHIES INGUINALES ET POPLITE CONSECUTIVES
A UN CANCER CUTANE DU MEMBRE INFERIEUR

Les types anatomocliniques de tumeurs primitives rencontrées ici sont de trois ordres : UPKJ, cancers sur brûlure et mélando-cancers. Ils sont tous extrêmement lymphophile comme le montre le tableau XIII qui résume l'état ganglionnaire des malades lors de leur entrée dans le service.



TABLEAU N° XIII

	UPKJ		Cancers sur brûlures des membres inférieurs			Mélano-cancers des membres inférieurs			Total	
	Nbre de cas	%	Nbre de cas	%		Nbre de cas	%		Nbre de cas	%
N0	27	8,41	4	18,18		6	25		37	10,08
N1	219	68,22	16	72,72		7	29,16		242	65,94
N2	44	13,70	2	9,09		4	16,66		50	13,62
N3	11	3,42	-	-		4	16,66		15	4,08
N?	20	6,23	-	-		3	12,50		23	6,26
Total	321	99,98	22	99,99		24	99,98		367	99,98

Ce tableau montre que lors de la **première** consultation, la plupart des malades de notre série sont porteurs d'adénopathies (85,36 % des cas pour l'UPKJ, 81,82 % des cas pour les cancers sur brûlure, 62,50 % des cas pour les mélano-cancers).

Un petit nombre seulement de nos malades sont indemnes de toutes adénopathies lors ~~dès~~ leur première consultation.

Notre série semble montrer que les cancers des membres inférieurs les plus rapidement lymphophiles sont par ordre de fréquence : les mélano-cancers, les cancers sur brûlure et les UPKJ.

L'expérience montre que chez ces malades sans adénopathie (stade NO) la conduite thérapeutique doit comporter un curage lymphatique systématique car un certain nombre de NO cliniques présentent un envahissement ganglionnaire à l'examen microscopique.

Au membre inférieur peut être plus qu'ailleurs, l'aspect clinique et le siège des ganglions présentent un intérêt pronostic :

Lorsque l'adénopathie siège au creux poplité, qu'elle soit mobile ou fixée, le pronostic est le même et ce pour les trois formes anatomocliniques puis que la sanction thérapeutique sera l'amputation **au-dessus** du creux poplité;

Lorsque l'adénopathie siège dans le triangle de Scarpa, son caractère mobile (NI) et sa petite taille sont souvent d'un pronostic favorable.

L'allure inflammatoire avec peau luisante et phénomènes douloureux ou la fixation du ganglion aux plans profonds et à la peau sont toujours d'un mauvais pronostic. Dans ces cas, l'adénopathie évolue toujours, si l'on intervient pas assez tôt, vers l'ulcération maligne à la peau, aboutissant au fameux "fongus malin de l'aine" qui se conduit comme une nouvelle tumeur primitive évoluant pour son propre compte. Comme nous le verrons plus loin, le pronostic de ce fongus malin de l'aine est toujours favorable car cette tumeur nécessite sur le plan thérapeutique une désarticulation de la hanche qui n'est pratiquée

qu'à titre palliative.

Il en est de même pour les adénopathies de type N 3 c'est-à-dire de la fosse iliaque interne qui, comme nous le verrons plus loin sont pratiquement toujours envahies.

Précisons, avant de clore cette étude clinique de l'état ganglionnaire des cancers cutanés des membres inférieurs que la complication grave que constitue le *fungus malin de l'aîne* n'a été observée que dans les UPKJ et les cancers sur brûlure et jamais dans les mélano-cancers dont les adénopathies au niveau du pli de l'aîne sont pourtant toujours volumineuses et toujours histologiquement envahies (fig. N°20)

FIGURE N°20 ADÉNOPATHIES AXILLAIRES VOLUMINEUSES PAR MELANO-CANCERS.



2 - Extension ganglionnaire des cancers du cuir chevelu

Pour cette localisation cancéreuse, la propagation néoplasique est presque toujours bilatérale, le siège de la tumeur primitive étant souvent central, sur la ligne médiane. Comme le montre le tableau XIII, cette localisation cancéreuse serait la moins lymphophile des tumeurs cutanées que nous avons observées puisque sur 21 cas dont l'état ganglionnaire a été mentionné dans l'observation, 9 soit près de la moitié sont des NO

TABLEAU N° XIV

N	Cancers du cuir chevelu		Cancers de sièges divers		Total
	Nbre de cas	%	Nbre de cas	%	Nbre de cas
NO	9	34,61	10	25,67	19
NI	10	38,46	19	48,71	29
N2	-	-	4	10,25	4
N3	2	7,69	-	-	2
N?	5	19,23	6	15,38	11
Total	26		39		65

par ailleurs, la tendance à la fixation des adénopathies est très faible. Pendant longtemps, les ganglions restent mobiles et de petit volume, permettant un acte chirurgical carcinologiquement satisfaisant. Ces ganglions siègent le plus souvent dans le groupe jugulaire haut ou le groupe spinal. L'atteinte du groupe jugulo-carotidien et l'atteinte du creux sus-claviculaire sont exceptionnels.

3 - Extension lymphatique des cancers cutanés du membre supérieur et du tronc.

Les formes anatomocliniques les plus fréquentes dans ces localisations sont les cancers sur brûlure et les mélano-cancers. Comme le montre le tableau XIV, la propagation lymphatique est extrêmement précoce. La plupart des malades vus pour la première fois en consultation sont porteurs d'adénopathies axillaires souvent volumineuses, soit de type N1 soit de type N2. L'atteinte du creux ~~sus-claviculaire~~ (N3) est plus tardive. Il arrive dans un nombre relativement fréquent de cas que l'adénopathie axillaire se fistulise à la peau. Mais contrairement à ce qui se passe dans le pli inguinal, cette fistulisation n'évalue pas vers un fungus malin et parfois même cicatrise spontanément.

4 - Extension lymphatique des autres cancers cutanés.

Cette extension ne présente aucune particularité et peut se rattacher à celle des cancers des membres inférieurs pour les tumeurs malignes du scrotum ou du périnée, à celle des cancers du cuir chevelu pour les tumeurs de la région cervicale.

B - Etude histologique

Cette étude est basée sur 270 malades sur lesquels une analyse histo-pathologique des ganglions a pu être faite. Il s'agit rarement de pièces de nécropsie, plus souvent de pièces opératoires

chez des malades où une indication chirurgicale s'est posée. Un grand nombre de malades n'ayant pas été opérés, on s'explique que sur 447 malades de notre série, 270 seulement aient bénéficié d'une étude histo-pathologique des ganglions

1 - Fréquence de l'envahissement ganglionnaire néoplasique pour l'ensemble des types anatomo-clinique.

Le tableau XV donne les fréquences de l'envahissement ganglionnaire par stade pour chaque type anatomo-clinique de cancers cutanés de notre série

Ce tableau montre les faits suivants :

a - Sur 270 malades où l'examen histologique des ganglions a été pratiqué, 80 seulement soit 29,62 % présentent un envahissement ganglionnaire. Cette faible fréquence relative de l'envahissement ganglionnaire contraste avec la grande fréquence des cas de cancers cutanés avancées dans notre série (99 % des cas du stade III et IV).

b - La fréquence de l'envahissement ganglionnaire varie de façon considérable avec le type anatomo-clinique de de cancers cutanés. Nous avons classé ces cancers selon leur lymphophilie dans l'ordre décroissant suivant :

Mélano-cancers	71,42 % des cas
Cancers cutanés divers	66,66 % des cas
Cancers sur brûlure	40,90 % des cas
UPKJ	25 % des cas
Cancers du cuir chevelu	?

Ainsi se confirme la notion classique de la très grande lymphophilie des mélano-cancers cutanés et la faible lymphophilie relative des UPKJ. Il est à noter que la lymphophilie des cancers du cuir chevelu ne nous est pas connue, aucun cas d'adénopathie n'ayant été

LE TABLEAU N° XV

ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE PAR STADE POUR CHAQUE TYPE ANATOMOCLINIQUE
DE CANCERS CUTANES

N	UPKJ			Cancers sur brûlure			Mélanome-cancers			Cancers des autres sièges			Total		
	N(+)	N(-)	%N(+)	N(+)	N(-)	% N (+)	N(+)	N(-)	%N(+)	N(+)	N(-)	% N(+)	N(+)	N(-)	% N(+)
NO	2	13	13,33	-	2	0	1	1	50	1	0	100	4	16	20
N1	28	138	16,86	3	9	25	3	1	75	2	2	50	36	150	19,34
N2	15	17	46,87	2	1	66,66	4	-	100	1	-	-	22	18	55
N3	8	2	100	2	-	100	2	1	66,66	-	-	-	12	1	91,53
a	3	-	100	1	-	100	2	1	66,66	-	-	-	6	11	85,71
b	1	-	100	1	-	100	-	-	-	-	-	-	2	-	100
?	4	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	100
N?	4	3	57,14	2	2	66,66	-	1	-	-	-	-	6	5	
Total	57	171	25	9	13	40,90	10	4	71,42	4	2	66,66	80	190	29,62

étudié histologiquement dans ces tumeurs.

c - Il est d'un grand intérêt de noter que l'envahissement ganglionnaire a été observé à l'examen microscopique non seulement des adénopathies évoluées (N2, N3) mais aussi des adénopathies mobiles (NI) et même inexistantes cliniquement (NC)

La fréquence de l'envahissement ganglionnaire selon le stade se présente dans l'ordre croissant suivant :

Stade NI	19,34 % des cas
Stade NO	20 % des cas
Stade N2	55 % des cas
Stade N3	91,53 % des cas

on voit donc que l'envahissement ganglionnaire est d'autant plus fréquent que le stade clinique des adénopathies est plus avancé. Il est intéressant également de noter que les stades cliniques NI et NO présentent approximativement la même fréquence d'envahissement. Ces faits semblent donner raison à ceux qui prônent le curage ganglionnaire systématique dans le traitement des cancers cutanés. L'absence de ganglions à l'examen clinique n'a pas de valeur absolue et ne doit pas, à notre avis contraindre le curage ganglionnaire, notamment dans un pays sous-développé comme le nôtre où laisse à désirer l'assiduité des malades aux consultations périodiques de contrôle. Telle est, en tout cas, notre position adoptée depuis longtemps à l'Institut du cancer de Dakar.

2 - Fréquence de l'envahissement ganglionnaire dans chaque type anatomoclinique de cancers cutanés.

Cette étude est intéressante dans la mesure où elle permet de déterminer quels sont les cancers cutanés qui donnent les métastases ganglionnaires les plus précoces. Le tableau XV permet de comparer la précocité de l'envahissement ganglionnaire dans les divers types anatomocliniques de cancers cutanés.



T A B L E A U N° XVI

N	Mélano-cancers % de N+	Cancers cutanés divers % de N+	Cancers sur brûlure % de N+	UPKJ % de N+	Cancers du cuir chevelu % de N+	Total
NO	50	100	-	13,33	-	20%
NI	75	50	25	16,86	-	19,34
N2	100	100	66,66	46,87	-	55
N3	66,66	-	100	100	-	91,53
N?	100	-	66,66	57,14	-	54,54
N+%	71,42	66,66	40,90	25	-	29,62

Ce tableau montre que, les mélanocancers sont des tumeurs cutanées les plus précocément lymphophiles puisque 50 % de NO et 75 % de NI sont microscopiquement envahis.

Les cancers sur brûlure donnent des métastases ganglionnaires tardives puisqu'aucun NO n'a été microscopiquement envahis et que le 1/4 seulement des NI est envahis.

Les UPKJ semblent envahir les ganglions lymphatiques aussi tardivement que les cancers sur brûlure. En effet, si 13,33 % des NO ont été trouvés envahis (contre 0 % dans les cancers sur brûlure), 16,86 % des cas de NI le sont dans l'UPKJ (contre 25 % dans les cancers sur brûlure)

Notons enfin pour terminer cette étude histologique que l'aspect microscopique des métastases ganglionnaires des cancers cutanés rappelle, dans la très grande majorité des cas, la tumeur primitive.



III - LES METASTASES A DISTANCE

La recherche des métastases à distance chez nos 447 cas a été systématique pour tous les malades hospitalisés. Le bilan que nous déposons ici compte un certain nombre de points faibles dont les principaux sont les suivants :

- tous les malades décédés dans le service n'ont pas fait l'objet d'une vérification nécropsique permettant d'affirmer l'absence de métastases infracliniques. Il est indéniable que si une telle vérification avait été faite de façon systématique, on eût pu trouver une fréquence plus grande de métastases à distance des cancers cutanés.

- la plupart des métastases que nous rapportons dans ce travail sont des données cliniques et où radiologiques. La plupart des lésions que nous intitulons métastases n'ont pas fait l'objet d'un examen microscopique, étant donné la difficulté de faire admettre aux malades la nécessité d'une exploration chirurgicale sans autre visée que biopsique des lésions profondément situées (poumons, foie, surrénales, etc). Les quelques cas de métastases qui ont pu être biopsiés avaient une localisation superficielle, le plus souvent osseuse.

En dépit de cette lacune sur le plan histologique, on peut admettre comme indiscutable cliniquement les cas où nous avons posé le diagnostic de métastase.

Sur les 447 cas de cancers cutanés de notre série, 28 seulement, soit 6,48 %, présentaient des métastases à distance. On peut donc sans crainte d'exagérer, affirmer que les cancers cutanés du Noir Africain se compliquent ^{Tat} très rarement de diffusion métastatique.

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

A - FREQUENCE DES METASTASES
SELON LE TYPE ANATOMOCLINIQUE DE LA TUMEUR PRIMITIVE

NOS 28 cas de localisations métastasiq.ues se répartissent de la façon suivante :

	Nombre de cas	% de cas par rapport au nombre total
UPKJ	18	5,60
Mélano-cancers	7	26,92
Cancers du cuir chevelu	1	3,84
Cancers cutanés divers	2	5,12
Cancers sur brûlure	-	-

Cette étude de la répartition des métastases selon la tumeur primitive d'origine confirme ce qui a été dit plus haut sur la propagation lymphatique des cancers cutanés chez le Noir du Sénégal

1 - Les mélanocancers cutanés sont les cancers de la peau les plus métastasants : 26,92 % de ces tumeurs se compliquent de localisations métastasiq.ues à distance. Les plus fréquentes de ces localisations sont, par ordre décroissant :

Les poumons	5 cas
La peau	2 cas
Le coeur	2 cas

1 cas enfin pour les os, les surrénales, la rate, l'intestin grêle, l'ovaire, le cerveau, le pancréas.

2 - L'UPKJ se classe en 2e rang loin derrière les mélanocancers avec 18 cas de métastase à distance sur 321 ulcères cancérisés soit 5,60 %. Les localisations les plus fréquentes sont :

les poumons	15 cas
les os	2 cas
le foie	2 cas
les surrénales	1 cas

Contrairement aux métastases des mélanocancers qui sont toujours d'emblée multiples et plurifocales, celles de l'UPKJ sont le plus souvent unifocales (14 cas sur 18)

3 - Les cancers du cuir chevelu qui, nous l'avons vu plus haut sont faiblement lymphophile, sont également faiblement métastatisants. Un seul malade sur 26 soit 3,84 % de ce groupe a présenté des métastases à distance aux poumons et aux os. L'évolution de ces cancers du cuir chevelu reste donc pendant longtemps essentiellement locale.

4 - Les 2 cas de métastases observées dans 39 cas de cancers cutanés divers représentent 5,13 %. Ils diffusent donc plus que les cancers du cuir chevelu et presque autant que les UPKJ.

5 - Enfin aucun cas, de métastase à distance n'a été observé dans les cancers sur brûlure. Il s'agit là d'une constatation que nous nous bornons à noter et que nous ne pouvons expliquer puis que ces cancers sur brûlure sont, non pas des baso-cellulaires, mais des spino-cellulaires.



B - FREQUENCE DES LOCALISATIONS METASTASIQUES

Le tableau XVII montre la répartition des localisations métastatiques pour chaque type anatomoclinique.

TABLEAU N° XVII

M	UPKJ		Mélano-cancers		Cancers du cuir chevelu		Cancers cutanés divers		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Poumons	15	4,76	5	19,26	1	3,85	2	5,12	23	5,5
Os	2		1		1		1		5	1,12
Foie	2		-		-		2		4	0,89
Peau	-		2		-		-		2	0,44
Coeur	-		2		-		-		2	0,44
Surrénales	1		1		-		-		2	0,44
Intestin grêle	-		1		-		-		1	0,22
Râte	-		1		-		-		1	0,22
Ovaires	-		1		-		-		1	0,22
Cerveau	-		1		-		-		1	0,22
Pancréas	-		1		-		-		1	0,22

1 - Les métastases pulmonaires, d'après ce tableau sont de loin les plus fréquentes : 23 cas soit 5,15 % de l'ensemble des malades et 53,49 % des 28 cas de métastases. Bien entendu elles sont le plus souvent la complication des mélano-cancers que des autres cancers cutanés.

Radiologiquement, comme l'ont écrit M. SANKALE, B. DIOP et COLLABORATEURS (81), les images des métastases pulmonaires consécutives aux cancers cutanés ne diffèrent en rien des images observées dans les métastases des cancers viscéreux

2 - Les métastases osseuses (5 cas soit 1,12 %) et les métastases hépatiques (4 cas soit 0,89 %) ont une fréquence presque identique et sont observées avec une fréquence presque identique dans les différents types anatomocliniques de cancers cutanés. La douleur est leur signe révélateur et conduit le praticien à faire une radiographie osseuse et une scintigraphie hépatique qui mettent en évidence la tumeur secondaire.

3 - En dehors de ces trois principales localisations pulmonaires, osseuses et hépatique, les autres localisations représentées dans le tableau XVII sont des découvertes opératoires ou nécropsiques.

2 cas de métastases surrénales ont été observées d'une part chez un malade porteur d'un UPKJ, d'autre part chez un malade porteur de mélano-cancers.

Les métastases cutanées (2 cas) et cardiaques (2 cas) n'ont été observées qu'au cours des mélanomes malins.

Il en est de même d'ailleurs de toutes les autres localisations mentionnées au tableau XVIII.

C - FREQUENCE DES METASTASES SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE
DE LA TUMEUR PRIMITIVE

Cette étude est résumée dans le tableau XVIII

TABLERAU XVIII

Types Histologique	UPKJ	Cancers du cuir cheve- lu	Mélando- cancers	Cancers cutanés divers	Total	
					Nbre	%
Carcinomes	13	1	-	1	15	57,69
spino-cellulaires	12	-	-	-	12	46,15
annexiels	1	-	-	1	2	7,69
divers	-	1	-	-	1	3,84
baso-cellulaires	-	-	-	-	-	-
Sarcomes	3	-	-	-	3	11,53
Mélano-cancers	-	-	7	-	7	26,92
Carcino-sarcomes	-	-	-	1	1	3,84
Total	16	1	7	2	26	

Ce tableau montre que les carcinomes spino-cellulaires sont de loin les plus métastasants avec 46,15 % de l'ensemble des métastases de notre série. En deuxième lieu se placent les mélando-cancers qui fournissent 26,92 % des métastases de notre série. Viennent ensuite par ordre de fréquence décroissante les sarcomes (11,53 %), les carcinomes annexiels (7,69 %), les carcinomes divers (3,84 %), les carcino-sarcomes (3,84 %). Notre série confirme la notion classique selon laquelle les carcinomes baso-cellulaires cutanés ne donnent pas de métastases.



D - FREQUENCE DES LOCALISATIONS METASTASIQUES
SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

Cette étude est résumée dans le tableau XIX

TABLEAU N° XIX

	Carcinomes				Mélanocancers	Sarcomes	Carcino-sarcomes	Total
	spino-cellulaires	an-nexiels	divers	Total				
Poumons (3)	10	1	1	12	6	2	1	21
Os (5)	2	-	1	3	1	1	1	6
Foie (4)	2	1	-	3	2	-	-	5
Peau (6)	1	-	-	1	2	1	-	4
Coeur (2)	-	-	-	-	2	-	-	2
Surrénales (8)	1	-	-	1	1	-	-	2
Râte (8)	-	-	-	-	1	-	-	1
Pancréas (8)	-	-	-	-	1	-	-	1
Ovaires (8)	-	-	-	-	1	-	-	1
Intestin grêle (8)	-	-	-	-	1	-	-	1



E - INFLUENCE DU STADE EVOLUTIF DE LA TUMEUR PRIMITIVE SUR LA FREQUENCE DES METASTASES

Nous avons recherché si les 26 cas de métastases de notre série apparaissent plus fréquemment dans les tumeurs avancées que dans les tumeurs vues au début. Cette étude montre les faits suivants :

1 - Il ne semble pas exister de rapport entre la fréquence des métastases et le temps perdu c'est à dire, le temps écoulé entre les premières manifestations cliniques de la tumeur et la première consultation. Cela n'est pas pour nous étonner puis qu'on sait que certaines tumeurs peuvent évoluer lentement pendant des mois sans aucune tendance à la propagation à distance.

2 - Il existe une relation très nette entre le T et l'apparition des métastases : plus le chiffre de T est élevé, plus grande sont les chances d'apparition d'une localisation métastatique. Ainsi sur nos 26 cas de métastases, aucun cas n'a été observé pour des tumeurs aux stades T1 et T2, 1 cas a été observé pour des tumeurs au stade T3 et 27 cas pour des tumeurs au stade T4.

3 - Il ne semble pas exister de relation bien nette entre l'état clinique des ganglions et l'apparition des métastases à distance, puisque 4 cas de métastases ont été observés pour des adénopathies de type N0, 14 cas de métastases pour des adénopathies de type N1 et 7 cas de métastases pour des adénopathies de type N2

Par contre il semble exister une relation très nette entre l'envahissement ganglionnaire à l'examen histologique et l'éclosion des métastases puis que sur nos 17 malades porteurs de métastases et ayant bénéficié d'un examen histologique des ganglions, 13 pré-

sentaient un envahissement ganglionnaire confirmé histologiquement soit 76,4 % des cas. C'est à dire que l'éclosion métastatique est trois fois plus fréquente dans les N(+) que dans les N(-).

IV - CANCERS CUTANES ET ETAT GENERAL

L'appréciation de l'état général des malades porteurs d'un cancer cutané occupe une place très importante en carcinologie clinique, non seulement pour l'appréciation du pronostic vital immédiat, mais aussi et surtout pour l'établissement d'un plan thérapeutique .

A/ - Les divers moyens thérapeutiques dirigés contre le cancer sont pour la plupart soit traumatisants (interventions chirurgicales monobloc) soit toxiques (chimiothérapie anticancéreuse). Il importe donc que l'état général soit relativement bon pour permettre au malade de résister à ces agressions thérapeutiques.

B/ - Sur le plan clinique, lors de leur première consultation, nos malades se présentent sous deux aspects différents. Certains, en dépit du volume parfois monstrueux des tumeurs dont ils sont porteurs, présentent un état général florissant : c'est le cas notamment dans les carcinomes baso-cellulaires, les mélano-cancers et les cancers du cuir chevelu. D'autres au contraire présentent un amaigrissement intense allant parfois à la cachexie : Ces cas sont l'apanage de vastes ulcérations cancéreuses évoluant depuis plusieurs mois (UPKJ, cancers sur brûlure, sarcomes latéro-cervicaux, etc).



Dans un certain nombre de cas, amaigrissement , anémie et asthénie se compliquent d'une infection grave. Il n'est rare en effet d'observer chez ces malades soit un tétanos soit une tuberculose pulmonaire. Ces deux cas de complications infectieuses retardent le moment du traitement anticancéreux qui ne peut être entrepris qu'après éradication du tétanos ou de la tuberculose.

C/ - Sur le plan biologique , les troubles occasionnés par les cancers cutanés sont relativement peu profonds. Mis à part les cas où il y a métastases en dehors d'une anémie profonde pouvant aller jusqu'à 2 millions de globules rouges et qui est chez nous monnaie courante, en dehors également d'un hémocrite perturbé, les seuls troubles biologiques observés chez nos malades, et qui au demeurant sont relativement faciles à corriger, sont par ordre de fréquence décroissante : l'Hypoprotidémie qui accompagne l'amaigrissement - l'hypokaliémie et l'hyponatrémie, - quelques cas de thrombocytopénie s'accompagnant souvent d'une baisse du taux de prothrombine.

Mais en général, ces troubles sont peu profonds et, s'ils peuvent retarder de quelques jours la mise en route d'un traitement, ils ne peuvent en aucun cas le contraindre complètement.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES CANCERS CUTANES



Parmi les cancers cutanés observés chez le Noir du Sénégal :

Il en est qui sont communs à toutes régions géographiques du monde et dont les résultats thérapeutiques sont essentiellement liés aux progrès de la recherche actuelle sur le cancer. Pour ces cancers là, notre seule ambition est d'obtenir avec les moyens dont nous disposons, des taux de guérison de plus en plus importants.

Il en est par contre dont la fréquence est essentiellement liée au sous-développement notamment à l'insuffisance de l'infrastructure médico-sociale. Pour ces cancers là, notre ambition est double. Tout en persévérant dans la voie du traitement curatif depuis longtemps emprentée, nous recherchons avec insistance les moyens d'un traitement préventif d'une véritable prophylaxie des cas de cancers. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, il ne fait aucun doute que grâce à de tels efforts, on peut espérer voir, sinon disparaître, du moins diminuer de façon notable l'incidence de tels cancers liés au seul sous-développement.

Dans ce chapitre thérapeutique, nous n'envisagerons que l'aspect curatif du traitement des cancers cutanés que nous avons observés, laissant pour le prochain chapitre l'aspect prophylactique qui, à nos yeux, revêt dans nos pays en voie de développement une très grande importance.

Le traitement des tumeurs cutanées à Dakar comme d'ailleurs toutes les autres tumeurs, présente des caractères particuliers qu'il convient, pour la compréhension de ce qui va suivre, d'énumérer.



LE MATERIEL

Les moyens matériels dont nous disposons, est-il besoin de le rappeler, sont insuffisants. Le service de Cancérologie ne dispose ni d'un bloc opératoire, ni d'un service de radiologie qui lui soit propre.

La chirurgie se fait dans un bloc opératoire commun à tous les services chirurgicaux et qui compte seulement 4 Salles pour une capacité de 400 lits environ

Quant à la radiothérapie, elle se fait dans un service qui administrativement est rattaché au service de radiologie. Ce service de radiothérapie ne dispose d'ailleurs en tout et pour tout que de 2 appareils de radiothérapie conventionnelle au 260 kilo-volts

Par ailleurs, étant donné le coût élevé des produits chimiques anticancéreux, seul un petit nombre de ces produits sont mis à notre disposition dans cet hôpital

Il existe également un Laboratoire de Radio-Isotopes qui est beaucoup plus un laboratoire de diagnostic que de thérapie et qui, au demeurant, est rattaché au Laboratoire de Biophysique de la Faculté de Médecine.

Le matériel humain est, lui aussi, particulier. Outre l'insuffisance notoire du personnel médical et para-médical mis à la disposition du service de cancérologie, il faut insister sur le caractère particulier des cancéreux et des cancers que nous avons à traiter.

Le malade cancéreux hospitalisé dans notre service appartient dans la quasi totalité des cas, à une classe sociale pauvre, attachée depuis des siècles à des traditions ancestrales. Il n'accepte de consulter que lorsque son mal est devenu une gêne ou esthétique, ou pour son entourage . Cet entourage est lui même généralement opposé à toute vérification nécropsique du malade qu'il nous a confié.

Tout ce contexte explique facilement pourquoi la quasi totalité des tumeurs que nous traitons sont des tumeurs évaluées. L'ignorance dans laquelle se trouve les populations rurales du danger que représente le cancer, l'insuffisance de l'infrastructure médicale-sociale, l'impossibilité pour la plupart des familles de payer les frais de transport de leur malade, de son lieu de résidence jusqu'à Dakar, font que, depuis la création d'un centre^{de} traitement des cancers à Dakar, l'incidence des cas avancés de cancers n'a pas du tout diminué. Il y a dans ce domaine un effort considérable à faire et que nous envisagerons dans le prochain chapitre.

LES RESULTATS

Les résultats observés découlent naturellement de ce qui précède. Un grand nombre de cas avancés ne sont justiciables que d'un traitement symptomatique ou palliatif. De plus, parmi les cas ayant bénéficié d'un traitement à visée curatrice, la plupart, une fois sortis du service, sont perdus de vue. Ce qui rend aléatoire tout effort de contrôle périodique des malades traités.

Nous envisagerons successivement dans cette étude thérapeutique les moyens que nous avons mis en oeuvre , les indications, la conduite du traitement et les résultats.

I - LES MOYENS THERAPEUTIQUES

- ///=====//

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

Un grand nombre de cancers cutanés étant radio et chimio résistants, la chirurgie constitue dans notre service le moyen thérapeutique majeur. Nous décrirons cependant les quelques essais thérapeutiques qui ont été faits soit avec la radiothérapie, soit avec la chimiothérapie soit même avec les Virus Oncolytiques.

A - ESSAIS DE VIROTHERAPIE DES CANCERS CUTANES

La résistance des tumeurs cutanées de notre série à la radiothérapie, et à la chimiothérapie nous a amené chez trois malades à tenter des injections de Virus Oncolytique (48). Le Virus utilisé a été le Virus du vaccin antiamaril de l'Institut Pasteur de Dakar (Virus vivant) pour 2 cas et le Virus du vaccin antirabique pour un cas de récurrence de mélanocarcinome. Ces essais se sont soldés par des échecs et les malades ont subi ultérieurement une intervention chirurgicale.

B - LA RADICOTHERAPIE DES CANCERS CUTANES

Comme il a été dit plus haut, les cancers cutanés que nous avons observés sont pour la plupart radio-résistants.

La Roentgentherapie au 260 K V a été tentée chez 21 malades à la dose moyenne quotidienne de 200R administrée pendant 6 semaines en moyenne



L'implantation de fils d'Iridium 192 a été pratiquée chez deux malades dont l'un présentait un mélanome de la plante du pied et l'autre un carcinome de l'angle externe de la paupière. Le matériel isotopique est laissé en place pendant 5 à 7 jours et le malade est isolé.

C - LA CHIMIOTHERAPIE

Divers produits anticancéreux ont été essayés chez 102 malades de notre série. Ces produits ont été utilisés soit par voie locorégionale, soit par voie générale.

1 - Chimiothérapie générale

a) La voie veineuse

Le Cyclophosphamide (ou Endoxan) a été le produit le plus souvent utilisé. Il a été administré à 66 malades par voie veineuse, soit par injections quotidiennes de 100 mg à 400 mg, soit par trois injections hebdomadaires de 500 mg à 1 gramme chacune.

L'Amethoptérine (ou Méthotrexate) a été utilisé chez 20 malades par voie veineuse soit au rythme quotidienne de 10 mg, soit au rythme de 3 injections hebdomadaires de 30 à 50 mg chacune.

Six malades ont été traités au 5 Fluoro-uracile (5 FU) à la dose quotidienne de 50 mg à 1 gramme en perfusion intraveineuse.

Cinq autres malades ont été traités par la Manno-mustine (ou Dégranol) par voie veineuse à la dose quotidienne de 100 mg

La durée de ces traitements cliniques est essentiellement fonction de l'état général des malades et de la toxicité du produit utilisé. L'endoxan qui est le produit le mieux toléré permet des traitements de longue durée pouvant atteindre 4 à 6 semaines. Pour tous les autres produits notamment pour le Méthotrexate et le Dégranol, leur toxicité ne permet guère de poursuivre le traitement au delà de 2 semaines. Chez un grand nombre de malades, nous avons utilisé une association de deux ou plusieurs de ces produits.

b) En dehors de la voie veineuse qui s'est montrée inefficace dans les cancers cutanés, nous avons également essayé, chez 2 malades, une chimiothérapie générale par voie artérielle après introduction d'un cathéter dans la portion ascendante de la crosse aortique. Dans ces cas, l'endoxan a été utilisé seul ou en association avec le méthotrexate au rythme d'une injection une ou deux fois par jour pendant une durée de deux semaines.

2 - La chimiothérapie loco-régionale.

Elle a été utilisée soit sous forme d'infusion intra-artérielle continue ou discontinue, soit sous forme de circulation extra-corporelle.

Pour les infusions intra-artérielles, nous avons utilisé le Méthotrexate à la dose de 50 mg par jour pendant une durée moyenne de deux semaines. Mais cette durée varie de façon considérable avec la tolérance générale du malade et la perméabilité du cathéter. Dans un seul cas, nous avons pu poursuivre la perfusion pendant 3 semaines.

Dans les traitements par circulation extra-corporelle, nous avons utilisé de préférence le Trénimon qui est un produit d'action rapide mais malheureusement toxique.



Ce Trénimon a été utilisé à la dose unique de 0,4 à 1mg selon l'état général des malades.

D - LA CHIRURGIE DES CANCERS CUTANES

Les moyens thérapeutiques que nous venons d'énumérer ont été utilisés à titre d'essai thérapeutique ou de traitements complémentaires. Le vrai traitement des cancers cutanés, est essentiellement chirurgical. Cette chirurgie s'applique à la fois à la tumeur primitive et aux extensions ganglionnaires.

L'intervention chirurgicale a été pratiquée chez 393 de nos 447 malades soit 87,91 %. Quatre types d'opération ont été pratiqués : l'exérèse locale de la tumeur primitive, l'amputation d'un segment de membre, la désarticulation de membre et le curage ganglionnaire. Le tableau XX montre la fréquence respective de ces interventions.

TABEAU N°XX

Types d'intervention	UPKJ	Cancers sur brûlure	Cancers du cuir chevelu	Mélanocancers	Cancers cutanés divers	Total	
						Nbre	%
Exérèses locales	27	4	19	19	24	93	20,80
Amputations	269	25	-	4	4	302	57,56
Désarticulations	15	7	-	-	1	23	15,14
Curage ganglionnaire	252	27	-	13	4	296	65,99
Total	256	63	19	36	33	714	



1 - L'EXERERESE LOCALE

Elle a été pratiquée 93 fois (20,80 % de nos malades ou 13,02 % des interventions chirurgicales) soit à titre curatif, soit à titre palliatif. A titre curatif, l'exérèse passe, selon les règles classiques de la chirurgie des tumeurs malignes à 3 travers de doigts des limites macroscopiques du cancer, et en profondeur jusqu'au plan osseux sous jacent.

2 - L'AMPUTATION D'UN SEGMENT DE MEMBRE

Elle a été pratiquée 302 fois (67,56 % de nos malades ou 43,02 % des interventions chirurgicales). D'une manière générale cette amputation se fait au-dessus de l'articulation sus jacente à la tumeur primitive : Avant-pied pour les tumeurs de l'orteil, Cuisse pour les tumeurs de la jambe, avant-bras pour les tumeurs de la main, Bras pour les tumeurs de l'avant-bras. Ce principe de l'amputation haute nous a été dicté par la fréquence des échecs que nous avons constatées après amputation au niveau de l'articulation sus-jacente à la tumeur. C'est ainsi qu'au membre inférieur, l'amputation type Gritti (désarticulation du genou suivi d'une section supra-condylienne du fémur et d'une application de la rotule sur la tranche de section fémorale) complétée par un curage cellulolympatique du triangle supérieur du losange poplité, est actuellement abandonnée dans notre service. Cette intervention qui avait notre faveur au début de notre expérience parce qu'elle paraissait s'adapter particulièrement à un appareillage permettant un appui terminal directe, a été peu à peu abandonnée pour diverses raisons:

a) l'appui terminal ne peut être utilisé que dans la moitié des cas (MOVE JCSSERAND); de plus, bon nombre d'appareils actuels sont conçus pour permettre, non plus un appui terminal mais un appui indirect, périphérique ou ischiatique.

b) Après l'opération de Gritti, la peau périrotulienne qui engaine le moignon est moins bonne car elle est doublée de bourses séreuses qui peuvent devenir hygromatiques (Le JARS)

c) Enfin et surtout pour les tumeurs malignes de la jambe notamment les UPKJ et les cancers sur brûlure de jambe, l'opération de Gritti comporte des risques non négligeables : Suppurations chroniques par ostéite et surtout récidives sur moignon d'amputation. Cette complication grave que nous avons constatée chez quelques uns de nos malades est la raison majeure qui a fait abandonner l'opération de Gritti.

3 - LA DESARTICULATION DU MEMBRE

Elle a été pratiquée 23 fois (15,14 % de nos malades ou 3,22 % de nos interventions chirurgicales) presque toujours à titre palliatif. Dans tous les cas, nous avons réalisé une opération monobloc comportant dans le même temps opératoire la désarticulation du membre et le curage cellulo-lymphatique du territoire sus-jacent

4 - LE CURAGE GANGLIONNAIRE

Il a été pratiqué 296 fois soit 65,99 % de nos malades ou 41,45 % de nos interventions chirurgicales. Qu'il soit préventif ou curatif, le curage ganglionnaire est toujours pratiqué de façon large : curage superficiel et profond remontant haut au-delà des premiers relais ganglionnaires.



II - INDICATION
ET
CONDUITE THERAPEUTIQUE



↗ - INDICATION SELON LES MOYENS THERAPEUTIQUES

1 - VIROTHERAPIE

Il s'agit, chez trois malades porteurs respectivement d'un UPKJ, d'un mélano-cancer et d'un épithélioma de l'angle externe de l'oeil, d'essayer à titre expérimental, un moyen thérapeutique autre que la radiothérapie et la chimiothérapie qui auraient été dans ces cas ou totalement inefficaces, ou trop mutulantes. Chez le malade porteur d'UPKJ au stade T4 NI MC, le Virus Vaccin de la fièvre jaune de l'institut Pasteur de Dakar (Virus Vivant atténué) a été administré par voie vaineuse à des doses progressives : 1/4 de cc, 5/4 de cc, 9/4 de cc, 13/4 de cc jusqu'à 4 cc. Nous n'avons pas observé d'effet secondaire au cours et au décours de ce traitement. Mais la Virothérapie dans ce cas a été totalement sans effet sur le cancer.

Chez le malade porteur d'un mélano-cancer de la plante du pied au stade T3 N3 M0, 16 injections intra-veineuses de Vaccin anti-rabique aimablement fournis par l'Institut Pasteur de Dakar ont été faites au rythme d'une injection tous les 4 jours. Cette Virothérapie, pratiquée après une exérèse locale incomplète et d'un curage ganglionnaire difficile et incomplet, n'a eu comme le cas précédent, ni effet secondaire ni effet sur la tumeur.

Le malade qui portait un épithélioma avancé stade T3 N0 MC de l'angle externe de l'oeil gauche a reçu 15 injections de Virus Vaccin de la fièvre jaune au rythme d'une injection tous les 3 jours et à des doses progressivement croissantes de 1 cc, 2 cc, 4 cc, 5 cc, etc, jusqu'à 10 cc. Cette dose a été maintenue par voie I.M. tous les jours pendant 25 jours puis par voie Intra-tumorale



pendant 2 jours. Si, comme les cas précédents nous n'avons observé aucune réaction secondaire, il nous a semblé par contre que dans ce cas particulier, le Virus amaril a stabilisé l'évolution de cette tumeur ulcérée sans toutefois entraîner une cicatrisation complète de l'ulcération. Cette malade sortie améliorée est perdue de vue depuis.

2 - LA RADIOTHERAPIE

a) LA RADIOTHERAPIE CONVENTIONNELLE

En raison de son efficacité très faible sur les tumeurs cutanées observées chez le Noir, la radiothérapie au 260 KV a souvent été utilisée en association avec d'autres moyens thérapeutiques.

Parmi les malades ^{ayant} reçu une radiothérapie conventionnelle, 4 étaient porteurs d'un UPKJ, 2 d'un cancer sur brûlure, 8 d'un cancer du cuir chevelu et 7 portaient des cancers cutanés divers. Ces chiffres montrent que c'est dans les cancers du cuir chevelu que l'indication de la radiothérapie a été portée le plus souvent. C'est que, contrairement à tous les cancers cutanés que nous avons observés, les cancers du cuir chevelu semblent relativement radio-sensibles puisque dans la majorité des cas nous avons obtenu une fonte quasi totale de la tumeur avec cicatrisation complète de l'ulcération. Une telle radiosensibilité relative a été également observée dans quelques cas d'adénopathies irradiées. Dans l'ensemble cependant il est important d'insister sur la très grande radiorésistance de la plupart des tumeurs cutanées que nous avons observées. Le tableau XXI montre le nombre de cas où la radiothérapie conventionnelle a été utilisée.



TABLEAU N° XXI

Types anatomo-cliniques	Radiothérapie de la tumeur primitive	Radiothérapie des progapations ganglionnaires	Radiothérapie de la tumeur primitive et de ses progapations ganglionnaires	Total
Cancers cutanés divers	7	-	-	7
Cancer du cuir chevelu	7	1	-	8
U P K J	-	4	-	4
Cancers sur brûlure	-	1	1	2
T O T A L	14	6	1	21

Ce petit nombre prouve à lui seul le peu d'intérêt qu'offre ce type de traitement.

b) La radiothérapie interstitielle n'a été que très rarement indiquée, elle a été utilisée à titre d'essai sous forme d'implantation de fil d'Iridium 192 dans un cas de mélanocancer du talon et un cas d'épithélioma de l'angle externe de l'oeil. Il s'agissait dans les deux cas de tumeurs déjà avancées sur lesquelles ce traitement a eu cependant un effet favorable bien net. Dans l'un de ces deux cas (mélanocancer du talon) la radiothérapie a été complétée par une exérèse chirurgicale large et profonde.



3 - LA CHIMIOThERAPIE

La chimiothérapie a été utilisée soit seule, soit le plus souvent en association avec la chirurgie ou la radiothérapie. Il s'agissait dans la majorité des cas de tumeurs très avancées inopérables d'emblée.

La chimiothérapie par voie générale a été d'emblée instituée dès l'arrivée du malade. Dans ces cas, nous avons fait appel très souvent à l'association d'un alcoylant (l'Endoxan) avec un antimétabolique (Méthotrexate). Puis après un traitement de 4 à 6 semaines, les malades ont été opérés.

Pour la chimiothérapie locorégionale, les indications ont été pratiquement les mêmes que la chimiothérapie par voie générale. Tous nos cas ont dû subir par la suite, une intervention chirurgicale.

Le tableau XXII résume les différents moyens thérapeutiques qui ont été associés à la chimiothérapie.

TABLEAU N° XXII

	UPKJ	K/B	KCC	MM	KCD	Total
Chimiothérapie-chirurgie	13	4	3	3	7	30
Chirurgie-Chimiothérapie	21	2	2	2	1	28
<u>Chimiothérapie seule</u>	5	1	3	3	3	20
Chirurgie-Chimiothérapie-Chirurgie	4	-	-	-	2	6
Radiothérapie-Chimiothérapie	1	1	1	-	2	5
Radiothérapie-Chimioth-Chirurgie	-	1	3	-	-	4
Chimioth-Chirurgie-Chimiothérapie	2	-	-	1	-	3
Chimioth-Chirurgie-Chimioth-Chirurgie	1	-	-	1	-	2
Chgie-Chth-Chgie-Radiothérapie	1	-	-	-	-	1
Chgie-Chth-Chgie-Chth	1	-	-	-	-	1
Radioth-Chgie-Chth	-	-	-	-	1	1
Chgie-RXTH-Chgie-Chth-Chgie-Chth	-	-	-	-	-	-
Viroth-Chimiothérapie	-	-	-	-	1	1
Total	49	9	12	10	22	102

N.B.

Chth = Chimiothérapie

Chgie = Chirurgie

RXth = Radiothérapie

Virth = Virothérapie

K/B = Cancer sur brûlure

KCC = Cancer du cuir chevelu

MM = Mélanomes malins

KCD = Cancers cutanés divers

The first part of the paper discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It is essential for the business to have a clear and concise record of all income and expenses. This will allow the business to track its financial performance over time and identify areas for improvement. The second part of the paper discusses the importance of maintaining accurate records of all assets and liabilities. This will allow the business to track its net worth over time and identify areas for improvement. The third part of the paper discusses the importance of maintaining accurate records of all taxes paid. This will allow the business to track its tax liability over time and identify areas for improvement. The fourth part of the paper discusses the importance of maintaining accurate records of all debts. This will allow the business to track its debt liability over time and identify areas for improvement. The fifth part of the paper discusses the importance of maintaining accurate records of all equity. This will allow the business to track its equity over time and identify areas for improvement. The sixth part of the paper discusses the importance of maintaining accurate records of all other financial information. This will allow the business to track its overall financial performance over time and identify areas for improvement.

4 - LA CHIRURGIE

Sauf dans les cas de cancers du cuir chevelu où elle est habituellement précédée d'une radiothérapie préopératoire, la chirurgie est pratiquée d'emblée pour la plupart des tumeurs primitives et de leurs extensions ganglionnaires.

a) - Indication de l'exérèse locale

Elle est pratiquée soit à titre palliatif, soit à titre curatif.

1°) - Exérèse locale à visée curative.

Elle s'adresse uniquement aux tumeurs primitives. Vues au début. Elle a été pratiquée 85 fois soit :

27 fois dans les UPKJ

19 fois dans les cancers du cuir chevelu

18 fois dans les mélano-cancers

2 fois dans les cancers sur brûlure

19 fois dans diverses autres localisations cancéreuses cutanées. Bien que cette exérèse soit en principe large et profonde, sa réalisation se heurte souvent aux conditions anatomiques locales (proximité d'une artère, proximité de l'os)

Ainsi aux membres inférieurs, la proximité de l'artère tibiale postérieure limite l'étendue en profondeur de l'exérèse car la blessure accidentelle de cette artère entraînerait une amputation de la jambe. La localisation d'un cancer cutané à la face antérieure de la jambe entraîne une atteinte précoce du tibia qui rendait aléatoire une intervention chirurgicale même avec curage de l'os. Il résulte de ces considérations deux contrindications absolues de l'exérèse locale à titre curatif :

d'une part les localisations péri-malléolaires internes en raison du voisinage de l'artère tibiale



postérieure qui passe derrière la malléole interne

d'autre part les localisations antérieures pré-tibiales en raison de l'envahissement précoce fréquente de cet os.

Dans ces deux cas, l'exérèse ne peut être que superficielle et incomplète. Par contre dans les localisations externes l'atteinte du péroné n'est pas une contrindication à l'exérèse locale de la tumeur primitive puisque cet os peut être réséqué sur un segment plus ou moins long comme le montrent nos 3 cas du tableau N° XXIII.

TABEAU N° XXIII

	Nbre	%
Exérèse locale simple	70	82,35
Exérèse locale avec résection osseuse	8	9,41
Exérèse locale avec curage osseux	4	4,70
Exérèse locale d'un bourgeon de récidence après amputation et curage ganglionnaire	3	3,53
Total	85	99,99

Dans les cancers du cuir chevelu, l'exérèse locale est la seule intervention possible. Elle est carcinologiquement satisfaisante dans la plupart des cas car nous la pratiquons après un traitement Roentgenthérapique préopératoire; de plus, la tumeur respecte pendant longtemps l'aponévrose épicroanienne qui semble constituer une barrière efficace contre l'extension cancéreuse à l'os.

Lorsque cette barrière est franchie, entraînant l'atteinte de l'os cranien, l'exérèse locale reste toujours de mise, mais elle est alors, comme nous le verrons plus loin à visée purement palliative.

Les localisations thoraciques des cancers cutanés sont l'indication idéale de l'exérèse locale lorsque ces cancers sont encore limités. L'épaisseur des masses musculaires sous-cutanées notamment au niveau du dos retarde pendant longtemps l'atteinte cancéreuse de la paroi thoracique elle même, permettant ainsi de réaliser des exérèses simples, non mutilantes. Par contre, lorsque la paroi thoracique est atteinte (localisation antérieure) il nous est arrivé de pratiquer l'exérèse locale de la tumeur, mais à visée palliative avec ou sans résection costale

2° - Exérèse locale à visée palliative

Comme le montre le tableau XXIII, ce type d'intervention a été pratiqué huit fois. Il s'est agi dans la majorité des cas, soit des cancers du cuir chevelu ayant atteint l'os, soit de cancers de la paroi thoracique ayant atteint le gril costal et pour lesquels aucun autre type d'intervention n'était possible, soit enfin de cancers cutanés des membres et dans ces cas, l'exérèse locale a été pratiquée la main forcée, les malades ayant refusé l'amputation du membre.

Ajoutons pour terminer que dans la majorité des cas, l'exérèse locale à titre curatif ou palliatif est associé à un curage ganglionnaire soit dans le même temps opératoire soit deux ou trois semaines après l'ablation de la tumeur primitive. C'est le cas de la quasi-totalité des mélanomes malins, des UPKJ et de quelques cancers sur brûlure. Par contre, l'exérèse locale a été rarement suivie de curage dans le cancer du cuir chevelu. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question à propos du curage ganglionnaire.

b) - Indication de l'amputation segmentaire d'un membre

Les tumeurs malignes cutanées que nous avons observées



étant pour la plupart des cancers avancées, l'amputation est devenue dans notre service le seul traitement logique opposé à ces cas. En effet l'étendue de l'ulcération cancéreuse, l'importance des lésions osseuses sous-tumorales et l'infection constante qui complique ces lésions contraindiquent, dans la majorité des cas une exérèse locale. Il faut passer à distance de ces lésions.

1°) - Au membre Inférieur, la fréquence de ces amputations segmentaires se résume comme suit

	UPKJ	Cancer sur brûlur	Mélano- can cers	Cancers du cuir chevelu	Total
Amputation d'un orteil	-	-	2	-	2
Amputation du pied	1	-	1	-	2
Amputation de jambe	5	-	-	-	5
Amputation type Gritti	22	1	-	1	24
Amputation de cuisse	247	16	1	2	266

Ces chiffres indiquent clairement que l'amputation de cuisse est dans notre série l'opération de loin la plus courante. La prédominance des UPKJ et des cancers sur brûlure, sur les autres cancers cutanés explique cette grande fréquence des amputations de cuisse. Dans ces types de cancers dont la localisation se fait habituellement au 1/3 inférieur de la jambe, on peut se demander pourquoi l'amputation est faite haute au niveau de la cuisse. De fait, certains chirurgiens notamment des hopitaux intérieurs du Sénégal font siéger leurs amputations au niveau de la jambe. Nous avons reçu un certain nombre de malades ayant reçu une telle intervention. Mais cette amputation de jambe ne nous paraît pas carcinologiquement satisfaisante car elle nécessite une intervention pratiquement irréalisable : le curage du creux poplité.



Où l'on estime que le cancer est relativement peu évolué et l'on pratique l'exérèse locale, ou l'on pense que le cancer est avancé et dans ce cas il n'y a pas d'autre alternative que de couper haut, au-delà du 1er relai ganglionnaire poplitée.

2°) - AU MEMBRE SUPERIEUR, l'amputation a été pratiquée 11 fois dans les localisations suivantes :

Kaposi	1 cas
Cancer sur brûlure	8 cas
Cancers cutanés divers	2 cas.

Etant donné la localisation habituelle des cancers sur brûlure au niveau du coude, la presque totalité de ces amputations sont des amputations hautes, au niveau du bras (10 cas), au niveau de l'avant bras (un seul cas) : il s'agissait d'un sarcome de Darrier-Ferrand de la main). Ici aussi, les règles formulées pour l'amputation du membre inférieur restent valables c'est à dire amputation au-delà de l'articulation sus-jacent à la tumeur primitive. Nous verrons plus loin que c'est la meilleure conduite à tenir pour éviter les récidives locales.

C) - Indications de la désarticulation haute du membre.

Cette intervention particulièrement mutilante a été pratiquée 23 fois dont 17 fois au membre inférieur et 6 fois au membre supérieur. Dans tous les cas, il s'est agi d'opération à visée palliative pour des tumeurs très avancées avec extensions ganglionnaires. La place de cette chirurgie majeure dans le traitement des tumeurs malignes de la peau a été bien précisée par les recherches de X. SERAFINO, P.A. MENYE et COLLABORATEURS (91)

1°) - AU MEMBRE INFERIEUR, cette intervention a été pratiquée :
 15 fois dans les UPKJ
 2 fois dans les cancers sur brûlure siégeant au creux poplité.

Le tableau XXIV donne les détails de l'état avancé des lésions qui ont amené à cette indication

TABLEAU N° XXIV

	UPKJ	X /BLRE	TOTAL
(-Malades présentant un <u>fungus malin</u> ou un <u>préfungus</u> dès la première hospitalisation	11	1 1	12)
(. <u>d'emblée</u>	7	-	7)
(. <u>après amputation de cuisse de pure propreté</u>	4	-	4)
(. <u>évolution très rapide des ganglions après amputation de cuisse</u>	-	1	1)
(-Malades présentant un <u>fungus malin</u> après un traitement plus ou moins satisfaisant	4	-	4)
(. <u>fungus inguinal après amputation de cuisse sans curage</u>	1	-	1)
(. <u>fungus de récurrence inguinale après amputation type Gritti suivi du curage</u>	1	-	1)
(. <u>fungus de récurrence inguinale après curage inguinal de propreté en vue d'une chimiothérapie artérielle fémorale</u>	1	-	1)
(<u>Hémorragie fémorale grave sur récurrence inguinale après amputation de cuisse et curage</u>	1	-	1)
(-1/4 Inférieur de la cuisse envahi par un cancer sur brûlure du genou	1		)
(Total	15	2	17)



Il montre que dans 16 cas, la désarticulation a été utilisée comme dernière ressource thérapeutique chez les malades présentant un UPKJ avec fungus malin de l'aine ou adénopathie type N2-N3 en voie de fistulisation. Chez ces 16 malades où la désarticulation a été faite soit d'emblée (7 cas) soit après amputation de cuisse (9 cas); ces 9 cas se divisent eux même en deux groupes : ceux ayant suivi antérieurement une amputation de cuisse à visée curative mais sans curage ganglionnaire inguinal ou avec un curage inguinal incomplet (4 cas), et ceux qui, dans les jours qui précèdent la désarticulation, subissent une amputation de propreté ayant pour seul but de diminuer l'intensité des phénomènes infectieux inflammatoires et de l'œdème consécutif (5 cas)

Dans un cas de cancer sur brûlure du genou avec atteinte du tiers inférieur de la cuisse, la désarticulation de la cuisse a été pratiquée en dépit de l'absence d'adénopathies fixées. Dans ce cas, l'indication d'une désarticulation est surtout basée sur l'état des parties molles de la cuisse qui étaient infiltrées d'œdème et dont la conservation aurait présenté un **gros risque** de récurrence locale.

Quel est le niveau de cette désarticulation ?

Chez 15 malades, il s'est agi d'une désarticulation de la hanche, par contre chez 2 malades, il s'est agi d'une désarticulation inter-ilio-abdominale **interne**. Si la désarticulation de la hanche, bien que très mutilante est une opération acceptable sur le plan carcinologique, la désarticulation inter ilio abdominale par contre se justifie, à notre avis, difficilement. Carcinologiquement, elle est toujours insuffisante. Sur le plan humain, l'infinité est dysproportionnée par rapport aux espoirs de survie escomptés

2°) - AU MEMBRE SUPERIEUR, la désarticulation haute a été pratiquée 6 fois et toujours à titre palliatif. Dans 5 cas, il s'agissait de carcinomes évalués sur brûlure de la région du coude. Le sixième cas concernait un homme de 60 ans porteur d'un carcinome d'origine sudoripare du tiers supérieur du bras.



Cette tumeur, l'agencement ulcérée et accompagnée d'adénopathies axillaires fixées, rendait le bras totalement important. Il n'y avait pas de métastases à distance. Les 5 cas de carcinomes sur brûlure se répartissent de la façon suivante :

2 cas de récurrence axillaire après amputation du bras et curage ganglionnaire axillaire

3 cas de tumeurs étendues, vierges de tout traitement, avec infiltration massive des parties molles du bras et volumineuses adénopathies axillaires, sans métastases à distance.

Au total, tous ces cas où la désarticulation du membre supérieur a été indiquée sont des tumeurs au stade T4 -N2 -N3 -M0 - Elles ont donc en commun : l'absence de métastases à distance

-l'existence d'adénopathies axillaires cliniquement suspects

-l'infiltration des parties molles du bras rendant aléatoire leur conservation.

La désarticulation du membre supérieur (comme d'ailleurs celle du membre inférieur) est une intervention palliative et mutilante. Elle ne doit être indiquée que si le bilan clinique et paraclinique laisse espérer une survie appréciable. Par contre doivent être considérées comme des contreindications formelles à cette intervention :

- l'état cachectique
- l'existence de métastases à distance
- l'existence de nodules de perméation cutanés dans la région pectorale ou sur le moignon de l'épaule
- enfin l'existence d'adénopathies latéro-cervicales jugulo-carotidiennes.

Quelle est l'indication de désarticulation ?

Chez nos 6 malades, la désarticulation a été une désarticulation inter scapulo-thoracique. Dans les cancers avancés, nous la préférons à la désarticulation scapulo-humérale. Cette dernière, à notre avis, ne diffère guère sur le plan carcinologique de l'amputation haute du bras puisqu'il laisse en place, non seulement une peau suspecte, mais surtout des moignons musculaires de la fosse externe de l'omoplate qui sont sûrement infiltrés. De plus cette désarticulation

1891

• • •

;

• 1

10

100

•

•

•

1

Scapulo-humérale ne permet pas le curage cellulolymphatique sus-claviculaire. Or l'expérience montre que dans cancers avancés du bras avec adénopathies axillaires cliniquement suspectes, le curage sus-claviculaire doit être systématique étant donné la fréquence non négligeable de l'envahissement des ganglions sus-claviculaires dans ces cas.

d) - Indication du curage ganglionnaire

Dans notre pratique quotidienne, le curage lymphoganglionnaire est en principe indiqué dans le traitement de toutes les tumeurs malignes cutanées avancées. Cependant, certains malades de notre service n'ont pas pu bénéficier du curage soit en raison du mauvais état général (métastases à distance Cachexie) soit en raison d'une affection organique contraindiquant l'intervention chirurgicale, soit enfin par refus par le malade ou sa famille de l'intervention proposée. Il en résulte sur 447 malades de notre série 296 seulement ont pu bénéficier d'un curage ganglionnaire. Inversement, un certain nombre de malades ne présentant pas d'adénopathies cliniquement perceptibles ont été curés.

Dans notre service, le curage ganglionnaire pour tumeurs malignes de la peau est une intervention quasi systématique. Comme nous venons de le dire, il est pratiqué, non seulement dans le traitement des tumeurs cutanées avancées avec adénopathies types N1, N2, N3, mais aussi dans celui des tumeurs sans adénopathies N0. Cette conduite nous a été dictée par les conditions locales. La majorité de nos malades appartenant à un milieu social peu aisé, ne se présente pas après traitement aux examens de contrôle périodique : soit parce qu'ils se croient guéris, soit le plus souvent faute de moyens financiers nécessaires pour leur transport de leur lieu de résidence au centre anticancéreux de Dakar. Dans les trois premières années de fonctionnement de l'Institut du cancer de Dakar, le curage ganglionnaire n'était pas systématique et nous avons vu quelques années après un grand nombre de malades non curés revenir dans le service avec un fongus malin. Pour éviter une telle évolution et dans les conditions socio-économiques et de l'infrastructure médico-sociale actuelle en Afrique, la seule attitude logique est de pra-

tiquer systématiquement le curage ganglionnaire qui, du reste est une intervention dont la mortalité opératoire est nulle.

2°) - L'étendue de ce curage varie d'ailleurs avec la gravité des lésions.

Dans la majorité des cas, le curage est limité au seul territoire représentant le premier relai ganglionnaire : Curage inguinal simple (237 cas sur 283 soit 83,74 %) dans les tumeurs du membre inférieur, curage axillaire simple (6 cas sur 12 soit 50 %) dans les tumeurs du membre supérieur et du tronc.

Dans un nombre non négligeable de cas, il s'agit d'un curage très étendu : Curage combiné inguino-iliaque (cas sur 283 soit 16,32%), curage combiné sus-claviculaire et axillaire (6 cas sur 12 soit 50 %). Cette élargissement de l'évidement ganglionnaire au-delà du premier relai ganglionnaire est justifié d'une part par le fait que l'arcade crurale et le sommet de la pyramide axillaire, bien qu'étant une frontière contenant pendant un certain temps l'invasion du cancer vers les territoires supérieurs, ne constituent pas un barage étanche; d'autre part par la constatation fréquente au cours des curages ganglionnaires de l'envahissement des adénopathies iliaques ou sus-claviculaires

3°) - A quel moment doit être pratiqué le curage :

Ce problème a déjà été débattu par X. SERAFINO et P.A. MENYE dans plusieurs publications (95) . Ces auteurs ont précisé les cas où le curage doit être pratiqué dans le même temps opératoire que l'ablation de la tumeur primitive et les cas où l'évidement ganglionnaire peut survenir 2 à 3 semaines après le traitement de la tumeur primitive.

Dans le premier cas il s'agit :

soit d'une opération monobloc dont le type même est la désarticulation du membre; l'opération commence par l'évidement ganglionnaire et se termine par la désarticulation



Soit une exérèse de la tumeur primitive suivie dans le même temps opératoire d'un évidement ganglionnaire. C'est ce qui est d'une façon courante dans le traitement des cancers cutanés des membres supérieurs (amputation du bras + curage ganglionnaire axillaire dans le même temps opératoire)

Mais dans la majorité des cas, le curage ganglionnaire et le traitement de la tumeur primitive sont faits en 2 temps séparés: Le premier temps est celui de l'amputation segmentaire du membre ou de l'exérèse locale de la tumeur primitive, le deuxième temps qui est celui de l'évidement, ne survient que 2 ou 3 semaines plus tard lorsque l'état général et local est considérablement amélioré par le premier temps opératoire. Ce temps doit donc se situer ni trop tôt, ni trop tard après le traitement de la tumeur primitive. En effet les curages pratiqués après deux ou trois mois comportent un risque certain de récurrence ganglionnaire, nous en avons des exemples patents. C'est pour quoi, malgré le nombre restreint de lits dont nous disposons à l'Institut du cancer de Dakar, nous préférons garder les malades à l'hôpital jusqu'à traitement complet. L'expérience nous a montré que les amputés que nous faisons sortir pour quelques semaines avec l'intention de les rehospitaliser pour curage ne reviennent plus du tout ou reviennent trop tard.



B - INDICATION SELON LE TYPE ANATOMOCLINIQUE DE CANCERS CUTANES

Bien que la plupart des cancers cutanés soient radio et chimio-résistants, certains sont justiciables d'un traitement radio ou chimiothérapique pré-opératoire. Ainsi convient-il de distinguer sur le plan thérapeutique les tumeurs qui, à l'Institut du cancer sont opérés d'emblée et celles qui, avant toute intervention chirurgicale, sont soumises de façon quasi systématique à une radio ou chimiothérapie pré-opératoire.

1- Certains cancers soumis d'emblée à un traitement chirurgical.

a) - L'ulcère phagédénique cancérisé.

Ce cancer, qui est le plus fréquent des cancers cutanés observés au Sénégal, est dans notre service de traitement uniquement chirurgical. Trois types d'intervention lui sont proposés selon le stade évolutif de la tumeur.

1°) - Petite tumeur inférieure ou égale à 3 cm de diamètre, sans envahissement important des parties molles, sans atteinte tibiale et non localisée à la face antérieure de la jambe : exérèse locale avec ou sans resection du péroné, suivie dans même temps opératoire ou 3 Semaines plus tard d'un curage ganglionnaire inguinal

2°) - Tumeur de taille T3-T4, dépassant 3 cm de diamètre, infiltrant largement les parties molles, avec atteinte osseuse importante : amputation de cuisse suivie dans le même temps opératoire ou 2 Semaines plus tard d'un curage ganglionnaire inguinal si les ganglions sont de type NC-NI, d'un curage inguino-iliaque si les ganglions sont de type N2-N3

3°) - Tumeur très avancée avec adénopathies inguinales fistuli-



sées à la peau : déarticulation de la hanche avec curage ganglionnaire iliaque en monobloc

b) - Les cancers sur brûlure

1°) - Lorsque ces cancers siègent aux membres inférieurs, la sanction thérapeutique est identique à celles des UPKJ

2°) - Lorsqu'ils siègent aux membres supérieurs, la sanction thérapeutique est toujours une amputation du bras; si les parties molles du bras sont infiltrées de façon massive et que leur conservation risque d'entraîner une récurrence, la seule opération logique est alors la désarticulation inter-scapulo-thoracique.

3°) - Lorsqu'ils siègent au niveau du thorax : exérèse locale avec ou sans curage axillaire.

c) - Les mélanomes malins

1°) - Leur traitement est habituellement l'exérèse locale au bistouri électrique, suivie deux semaines plus tard d'un curage ganglionnaire.

Cette exérèse locale est systématiquement indiquée lorsque la tumeur siège sur le thorax et sur la plante du pied. Ce sont les deux localisations les plus fréquentes chez le Noir Africain. Le curage dans ces cas peut être soit un curage limité (curage inguinal simple) soit un curage très large (combiné inguino-iliaque) en raison du volume habituellement important des adénopathies des mélanomes malins.

2°) - Ce n'est que dans des circonstances particulières d'ailleurs très rares, que nous avons procédé à une amputation segmentaire.

Il s'est agi de deux cas de mélanomes localisés à un orteil : l'indication a alors été la désarticulation de cet orteil



Chez un troisième malade, le mélanome s'accompagnait d'une énorme adénopathie poplitée fixée, impossible à curer et d'une volumineuse adénopathie inguinale. Dans ce cas particulier, la seule attitude possible logique était l'amputation de cuisse.

d) - Notons enfin pour terminer quelques types anatomocliniques d'observation rares dans notre service et qui sont d'emblée opérés. Tels ^{et} sont : le cas de sarcome de Kaposi, des sarcomes du cuir chevelu/des carcinomes sur fistules

2°) - Cancers cutanés dont l'opération est habituellement précédée d'un traitement radio ou chimiothérapique

Dans ce chapitre, nous voulons essentiellement parler des carcinomes du cuir chevelu.

L'expérience montre en effet que ces tumeurs répondent de façon assez favorable à un traitement radiothérapique associé ou non à la chimiothérapique. C'est pour quoi, à l'heure actuelle, bien que la moitié de ces tumeurs de cuir chevelu ait été d'emblée opérée dans notre service, notre préférence va à une chirurgie d'exérèse précédée d'un traitement radiothérapique associé ou non à la chimiothérapique. Il nous semble que la qualité et la durée de la survie tiennent d'avantage à cette association thérapeutique qu'à l'étendue de l'exérèse chirurgicale.

Notons enfin que pour ces tumeurs peu lymphophiles, aucun curage ganglionnaire cervical n'a été pratiqué dans notre service.



III

-

RESULTATS THERAPEUTIQUES



Le traitement des tumeurs malignes suppose une surveillance post thérapeutique prolongée en moyenne pendant cinq ans. Or à l'Institut du cancer de Dakar, dès qu'on aborde ce chapitre des résultats thérapeutiques, on se heurte chaque fois au même écueil, l'impossibilité de suivre pendant plus de 2 ans les malades traités.

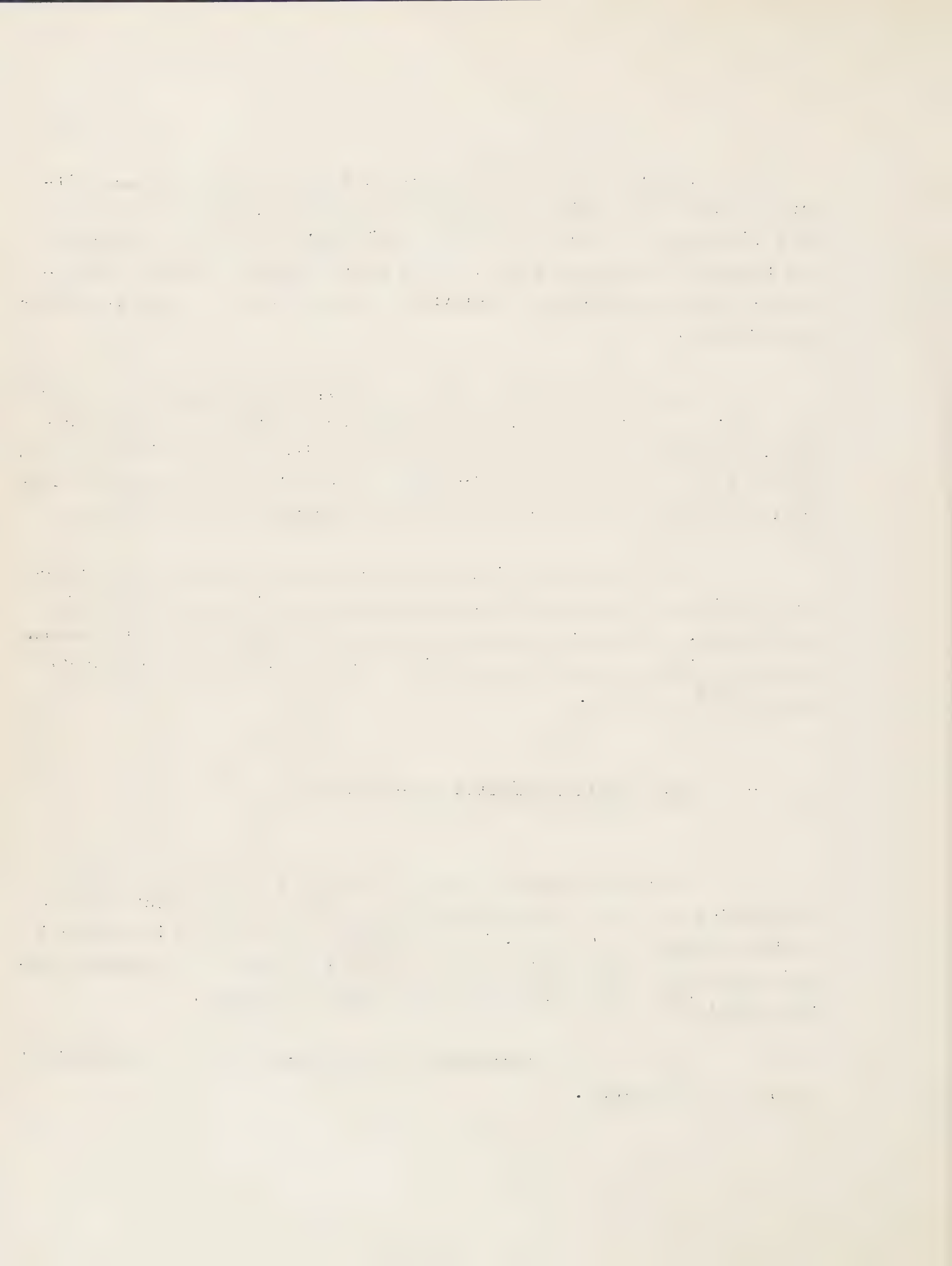
Dans notre série de 447 malades, si les résultats per et post thérapeutiques immédiats peuvent être analysés de façon précise, la survie à distance des malades traités ne peut être estimée que de façon bien approximative dans un lot de malades dont la très grande majorité sont perdus de vue en moyenne au bout de 2 ans.

Nous donnerons d'abord les résultats en cours de traitement, puis les résultats thérapeutiques dans l'année qui suit le traitement, enfin nous donnerons simplement pour mémoire les pourcentages d'estimation de la survie à distance, chiffres que nous savons très erronés.

A - RESULTATS EN COURS DE TRAITEMENT

Nous analyserons dans ce chapitre les accidents graves ou mortels que nous avons observés au cours du traitement des tumeurs malignes de la peau. Ces accidents sont surtout imputable à deux méthodes thérapeutiques : la chimiothérapie loco régionale intraartérielle et la désarticulation haute du membre.

Deux types d'accidents ont été observés : la gangrène du membre et les décès.



1 - LA GANGRENE DES MEMBRES

Cet accident est survenu deux fois : Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille porteuse d'un sarcome cutané de la jambe au stade T4 N0 M0. Cette tumeur a été traitée par circulation extracorporelle au méthotrexate à la dose totale de 150 mg pendant 4 heures. Le lendemain de ce traitement est apparue une gangrène massive du membre inférieur qui a nécessité, 2 jours plus tard, une amputation de cuisse,

Le deuxième cas de gangrène du membre inférieur est survenu chez un malade porteur d'un cancer sur brûlure de la jambe et traité par infusion intraartérielle au méthotrexate. Comme pour le premier malade, cette gangrène a nécessité une amputation de cuisse en urgence.

2 - LES DECES

a) - Décès au cours de la chimiothérapie loco-régionale :
6 cas.

- Dans le premier cas, le décès est survenu au lendemain d'une chimiothérapie loco-régionale par circulation extra-corporelle au méthotrexate à la dose totale de 150 mg administrée pendant cinq heures. L'autopsie de ce malade n'a permis d'attribuer aucune cause à ce décès, mais il est fort vraisemblable que ce malade est mort d'une intoxication hépatorénale par l'antimitotique qui se serait répandu de façon massive dans la circulation générale après la levée du garrot.



- Les cinq autres malades sont décédés au cours d'une chimiothérapie par infusion intra-artérielle. Les causes de ces décès se résument de la façon suivante :

- Hémorragie massive par arrachement du Cathétère : 1 cas
- Septicémie : 1 cas
- Toxicité de l'antimitotique : 3 cas.

La grande fréquence de ces accidents mortels au cours d'un traitement qui par ailleurs s'est montré peu efficace nous a fait abandonner totalement la chimiothérapie loco-régionale dans la thérapeutique des cancers cutanés

b) - Décès liés à la désarticulation haute du membre : 7 cas

Cinq malades sont décédés non pas sur la table d'opération, mais dans les jours qui ont suivi la désarticulation de la hanche. Ces cas se répartissent de la façon suivante :

- . Choc hémorragique : 1 cas
- . Troubles cardio-vasculaires : 1 cas
- . Désunion totale de la plaie opératoire avec suppuration massive et cachexie : 3 cas.

2 malades sont décédés après désarticulation interscapulo-thoracique :

. Le premier malade, porteur d'un carcinome sudoripare de l'épaule est mort de cachexie post opératoire progressive avec escarres, désunion de la plaie opératoire et azotémie grimpante



. Le deuxième cas est une malade très peu coopérante, porteuse d'un cancer sur brûlure du pli du coude et qui, à la première hospitalisation a refusé l'amputation et est sortie contre avis médical; à la deuxième hospitalisation, elle n'accepte que l'amputation du bras et refuse le curage ganglionnaire; à la troisième hospitalisation, elle se présente avec de volumineux ganglions axillaires et n'accepte uniquement que le curage axillaire; à la quatrième hospitalisation enfin, il fallait s'y attendre, elle revient avec une récurrence axillaire étendue, infiltrant la région pectorale, scapulaire et sus-claviculaire, elle accepte alors la désarticulation inter-scapulo-thoracique qui est pratiquée à visée pratiquement palliative. La malade meurt quelques jours plus tard d'un envahissement néoplasique de la paroi thoracique et de la plèvre.

c) - En dehors des 13 décès liés à la désarticulation et à la chimiothérapie, 9 autres malades sont décédés accidentellement au cours du traitement. Dans cinq cas, il s'est agi d'hémorragie secondaire par lachage de sutures vasculaires dans les suites opératoires immédiates. Dans les 4 autres cas, la cause de la mort n'a pu être précisée, le décès étant survenu de façon inopinée après interventions bénignes

B) - RESULTATS POST THERAPEUTIQUES IMMEDIATS

L'avenir des malades dans l'année qui suit le traitement est en général bien connu pour la plupart des malades. Sur 447 cas de cancers cutanés de notre série, 423 ont été traités, 22 malades sont décédés en cours de traitement et 401 malades sont sortis du service améliorés ou non. C'est le devenir de ces 401 malades au cours des 12 mois qui ont suivi le traitement, qui fait l'objet de ce chapitre. Ces 401 malades se divisent en deux groupes : Ceux qui sont sortis du service non améliorés par le traitement et ceux qui sont sortis améliorés par le traitement

1 - MALADES NON AMELIORES PAR LE TRAITEMENT

Ils sont au nombre de 64 dont 35 UPKJ, 3 cancers sur brûlure, 9 mélano-cancers, 5 cancers du cuir chevelu et 12 cancers cutanés divers. Chez tous ces malades, l'absence d'amélioration est liée soit à un traitement inachevé, soit à un traitement palliatif dirigé contre les lésions trop avancées.

Chez 13 malades, le traitement a été incomplet pour des raisons diverses. Dans la majorité des cas, le traitement a été inachevé du fait que les malades ont refusé de subir une amputation, un curage ganglionnaire ou même une exérèse plus large.

51 Malades sont sortis non améliorés après un traitement complet mais palliatif. Il s'est agi de 27 UPKJ, 3 Cancers sur brûlure, 4 Cancers du cuir chevelu 8 Mélano-cancers et 9 Cancers cutanés divers. La cause de ces échecs thérapeutiques est dans la quasi-totalité des cas liée à l'état avancé des lésions au moment de la première consultation. Sur ces 51 malades, 82 % étaient porteurs de lésions au stade T3-N3 ou T4-N2 et 18 % étaient porteurs de lésions aux stades T3-N1 ou T4-N1. De ce fait, la plupart des traitements dirigés contre ces lésions étaient voués à l'échec à plus ou moins brève échéance.

2 - MALADES SORTIS AMELIORES PAR LE TRAITEMENT.

Sur 423 malades traités, 337 soit 79,43 % d'entre eux sont sortis du service apparemment guéris. Le sort de ces malades permet de les répartir en trois grands groupes comme le montre le tableau N° XXV



TABLEAU N° XXV

	UPKJ	Cancers sur brûlure	Cancers du cuir chevelu	Mélano- cancers	Cancers cu- tanés divers	Total
Malades non traités	22	-	-	2	-	24
Décès en cours de traitement	15	3	2	-	2	22
Malades non améliorés:	35	3	5	9	12	64
.traitements inache- vés	8	-	1	1	3	12
.traitements pallia- tifs	27	3	4	8	9	51
Malades améliorés	249	29	19	15	25	337
.perdus de vue au cours de la 1ère année post théra- peutique	209	20	17	12	21	279
.suivis pendant la première année post thérapeutique sans signes de reprise évolutive	20	2	-	3	-	25
.récidives seules (1ère année)	9	2	-	-	2	13
.métastases seules (1ère année)	12	4	-	-	1	17
.décès de causes au- tres que le cancer cutané (1ère année)	2	1	2	-	1	6

a) - Les malades perdus de vue après leur sortie de l'hôpital.

Ils constituent le lot le plus important puisque leur nombre s'élève à 279 soit 82,79 % des malades sortis améliorés. Puisqu'il nous est difficile de croire qu'un malade sorti très amélioré par le traitement puisse mourir d'une reprise évolutive dans les mois qui suivent, force nous est d'admettre que la plupart de ces malades sont perdus de vue soit faute de moyens financiers pour assurer leur transport jusqu'à Dakar, soit par négligence, les malades se croyant guéris pensant qu'il n'est plus nécessaire de se présenter aux différents contrôles périodiques. L'expérience nous a montré en effet que certains malades, perdus de vue pendant 2 à 4 ans après leur traitement, se présentent sans aucune convocation à la consultation soit parce qu'ils présentent une reprise évolutive, soit simplement pour nous remercier à l'occasion de leur passage à Dakar. Il est donc à peu près certain que parmi ces 279 malades perdus de vue, un grand nombre se présenteront un jour ou l'autre à notre consultation lorsqu'ils en auront l'occasion

b) - Malades revus sans signes de reprise évolutive

Comme le montre le tableau XXV, 25 malades seulement ont été suivis au moins pendant un an sans aucun signe de reprise évolutive de leur cancer. Un tiers de ces malades était porteur de lésions avancées ayant nécessité une intervention large et mutilante. Cette proportion relativement importante de cas de survie à un an sans signe de récurrence après interventions larges pour lésions avancées semble à notre avis justifier ces interventions mutilantes.



Les deux tiers restants des cas étaient des tumeurs relativement limitées chez les quels la chirurgie à visée curatrice laissait entrevoir de bonnes chances de survie.

c) - Malades revus avec signes de reprise évolutive dans l'année qui a suivi le traitement.

Ce groupe comprend 33 malades (soit 9,79 % des malades sortis améliorés) dont les trois quarts sont porteurs d'UPKJ. La reprise évolutive a été, soit une récurrence, soit une métastase, soit les deux à la fois.

1°) - Les récurrences locales

Nous en avons dénombré 13 dans notre série dans l'année qui a suivi le traitement (10 cas de récurrences isolées et 3 cas de récurrences associées à des métastases

La plupart de ces récurrences sont survenues après exérèse locale d'un UPKJ. Dans certains de ces cas la récurrence était facilement prévisible car il s'agissait d'une mauvaise indication de l'exérèse locale pour tumeur localisée à la face antérieure de la jambe ou pour ulcère très étendu. La sanction thérapeutique de ces récurrences après exérèse locale a toujours été l'amputation au 1/3 inférieur de la cuisse.

Certaines récurrences sont apparues après curage ganglionnaire inguinal ou axillaire. 75 % de ces malades avaient des adénopathies envahies à l'examen microscopiques. La prévention de telles récurrences s'avère extrêmement difficile. La plupart des cancers cutanés que nous observons étant radio-résistants, nous ne soumettons pas les malades à une radiothérapie post opératoire des aires ganglionnaires lorsque l'examen microscopique des pièces de curage a montré un envahissement de ces adénopathies. Lorsque ces récurrences ganglionnaires surviennent, la situation est grave car leur traitement est très difficile. Nous avons dans certains cas pratiqué un deuxième curage, mais une telle intervention est carcinologiquement

§ 60-10

[illegible]

•

3°) - Enfin signalons pour clore ce chapitre de l'analyse des résultats thérapeutiques immédiats que 6 malades sortis apparemment guéris sont décédés, dans l'année qui a suivi le traitement.

Les localisations de ces métastases post thérapeutiques sont celles que nous avons décrites plus haut pour les métastases survenues avant tout traitement. Les cancers cutanés divers (1 cas). Paradoxalement, les cancers cutanés sont réputés être les cancers les plus métastatiques, qui sont réputés être les cancers cutanés les plus métastatiques, qui sont réputés être les cancers cutanés les plus métastatiques. Viennent ensuite respectivement les cancers sur brûlure (4 cas) et les cancers cutanés divers (1 cas). Paradoxalement, les cancers cutanés sont réputés être les cancers les plus métastatiques, qui sont réputés être les cancers cutanés les plus métastatiques. Notre série montre que ce sont des UPKJ qui, avec les cas, donnent le plus de métastases post thérapeutiques précoces. La survenue précoc des métastases après traitement des cancers cutanés est donc rare. Les métastases survenues dans l'année du traitement sont au nombre de 17 sur 337 malades sortis améliorés soit 5,04 %

2°) - Les Métastases

symptomatique. Les sont au dessus de toutes ressources thérapeutiques autres que Quant aux récurrences après désarticulation de la hanche, hanche. tation au tiers moyen de la cuisse, soit une désarticulation de la après Gritti est selon le stade évolutif des lésions soit une amputation de la hanche. La sanction thérapeutique au cours des récurrences cas après amputation type Gritti et deux après désarticulation sont beaucoup plus rares. Nous en avons observé quelques Les récurrences survenues sur moignon d'amputation ou de plus haut est une intervention palliative aux malades une désarticulation du membre qui, comme nous l'avons sans pas disséquer. Dans la majorité des cas donc, il est proposé peu satisfaisante car on a affaire à un tissu cicatriciel ne se la

tement, de causes autres que le cancer cutané.

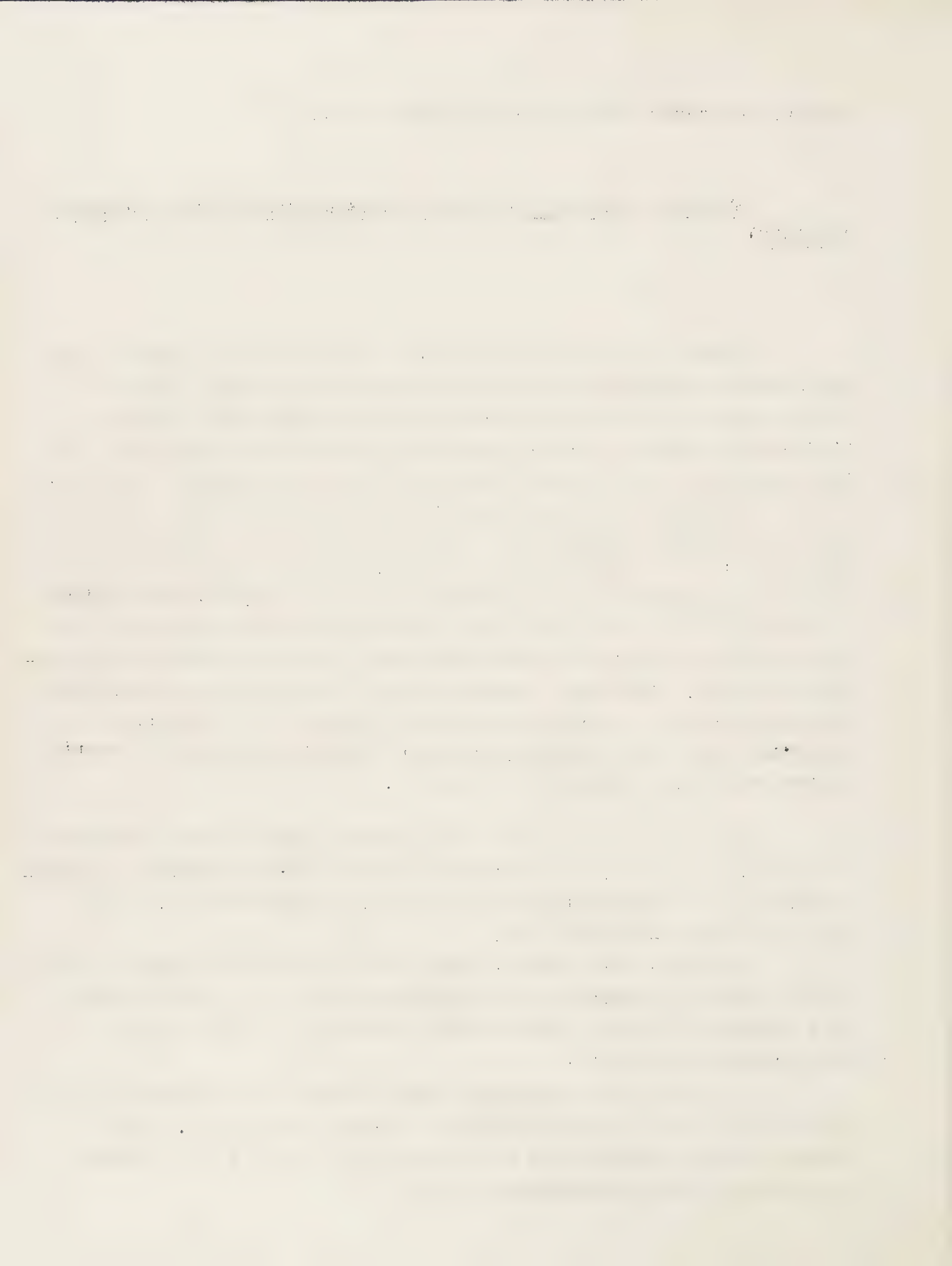
C - SURVIES A DISTANCE (AU DELA DE LA PREMIERE ANNEE POSTTHERAPEUTIQUE)

Comme il a été dit plus haut, les résultats à distance des traitements appliqués à nos malades atteints de cancers cutanés n'ont de valeur que dans la mesure où il nous permettent d'évaluer l'effort qui reste à fournir auprès de nos malades traités pour qu'ils acceptent de suivre avec assiduité les consultations de contrôle post thérapeutique. Or, depuis la création d'un centre de traitement des tumeurs à Dakar il y a maintenant 13 ans, aucun progrès apparent n'a été réalisé dans ce sens. Pourtant, dans ce service, un jour de consultation par semaine est réservé aux anciens malades du service. Il est rare que cette consultation hebdomadaire des anciens malades connaisse la même affluence que celle réservée aux nouveaux malades. C'est dire combien il est difficile de convaincre les malades sortant du service apparemment guéris de se soumettre à ces contrôles post thérapeutique, notamment lorsqu'aucun signe de reprise évolutive ne vient inquiéter le malade.

Sur 337 malades sortis apparemment guéris après traitement 58 seulement soit 17,21 % seulement ont été suivis pendant la première année post thérapeutique et de ces 58, 30 seulement soit 51 % ont été suivi au-delà de 1 an.

Autrement dit, dans l'année qui suit le traitement 82 % des malades sortis améliorés ne se présentent plus à la consultation, 18 % seulement suivent régulièrement pendant un an les examens périodiques de contrôle.

Au cours de la deuxième année qui suit le traitement, la moitié de ces 18 % sont de nouveaux perdus de vue. Nos 30 malades suivis au-delà d'un an représentent donc 9 % de l'ensemble des malades sortis apparemment guéris



Comme le montre le tableau N°XXVI, ces 30 cas peuvent être divisés en trois groupes :

- les malades revus sans reprise évolutive
- les malades revus avec reprise évolutive
- les malades décédés de causes autres que le cancer

TABEAU N° XXVI

OBSERVATIONS	UPKJ	Cancers sur brûlure	Mélano- cancers	Total	%
<u>Malades suivis pendant plus</u> <u>d'un an</u>	21	2	7	30	7,48
<u>Sans reprise évolutive</u>	(17)	(2)	(2)	(21)	70
Pendant la 2 ^e année post th	8	-	2	10	
- " 3 ^e " "	3	1	-	4	
- " 4 ^e " "	2	1	-	3	
- " 5 ^e " "	1	-	-	1	
- " 6 ^e " "	3	-	-	3	
<u>Avec reprise évolutive</u>	(3)	-	(5)	(8)	26,66
-Récidive	2	-	3	5	
au cours 2 ^e année post thérap	1	-	2+	3	
après 2 ^e année postthérap	1	-	1	2	
-Métastases	1	-	2+	3	
au cours de la 2 ^e année postthérap	1	-	2+	3	
<u>DCD de cause autre que le can</u> <u>cer</u>					
après 2 ^e année postthérap	1	-	-	1	3,33

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study.

2. The second part of the report is a detailed description of the methods used in the study.

3. The third part of the report is a discussion of the results of the study.

4. The fourth part of the report is a conclusion and a list of references.

5. The fifth part of the report is a list of appendices.

6. The sixth part of the report is a list of figures and tables.

1 - Malades sans signes de reprise évolutive

21 Malades font partie de ce lot et représentent donc 70 % des survies à distance. On notera dans le tableau N° XXVI que la plupart des survies appartiennent aux UPKJ et que dès la 3^{ème} année qui suit le traitement, il n'y a plus aucun survivant dans le groupe des cancers du cuir chevelu, des mélano-cancers et des cancers cutanés divers. Peut-être sont-ils tous décédés ? peut-être sont-ils simplement perdus de vue pour des raisons socio-économiques invoqués plus haut ?

2 - Malades revus avec reprise évolutive

Ce groupe comprend 8 malades dont 3 UPKJ et 5 mélano-cancers. Cinq de ces 8 malades présentaient une récurrence locale dont 3 étaient apparues dans la 2^e année post thérapeutique et 2 dans la 3^e année. Ces récurrences tardives sont dans la majorité des cas des récurrences ganglionnaires dans les aires de curage soit inguinale soit axillaire

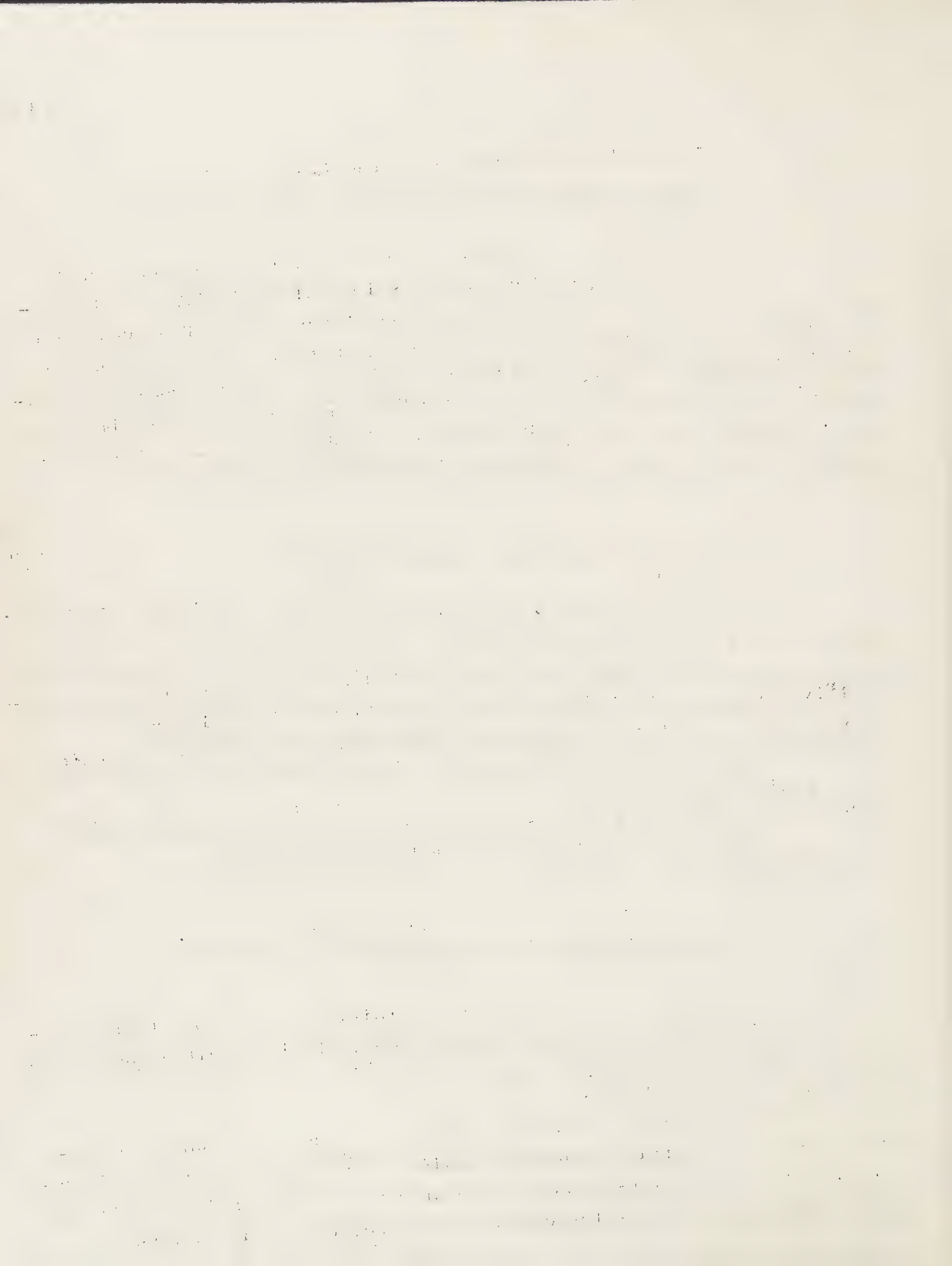
Trois ont fait une métastase isolée dans un cas, associée à une récurrence dans deux cas.

Toutes ces métastases sont apparues dans la deuxième année post thérapeutique et étaient des métastases pulmonaires

3 - Le troisième groupe comprend un seul malade.

Ce malade est décédé dans la troisième année post thérapeutique de cause tout à fait étrangère au cancer. Il s'agissait d'une occlusion intestinale négligée.

Les chiffres que nous venons de donner sur la survie à distance des malades traités dans le service ne reflètent aucunement la réalité. Nous ne les avons donnés que pour attirer l'attention sur l'absentéisme qui règne dans les consultations réservées aux anciens malades



Il s'agit là d'un mal inhérent sans doute aux conditions socio-économiques. L'insuffisance de moyens financiers explique dans une large mesure cette absentéisme qui, nous l'espérons, n'est qu'un phénomène temporaire appelé à disparaître progressivement au fur et à mesure que l'éducation sanitaire fera comprendre aux malades qu'il est de leur intérêt de se présenter périodiquement à des examens de contrôle. Cette éducation sanitaire est d'ailleurs d'un intérêt capital dans nos pays en voie de développement puisqu'elle atteindra peu à peu non seulement les malades déjà traités, mais aussi l'importante masse des populations menacées de cancers cutanés, réalisant ainsi une prophylaxie de ces cancers cutanés.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT PREVENTIF DES CANCERS CUTANES

100-2001

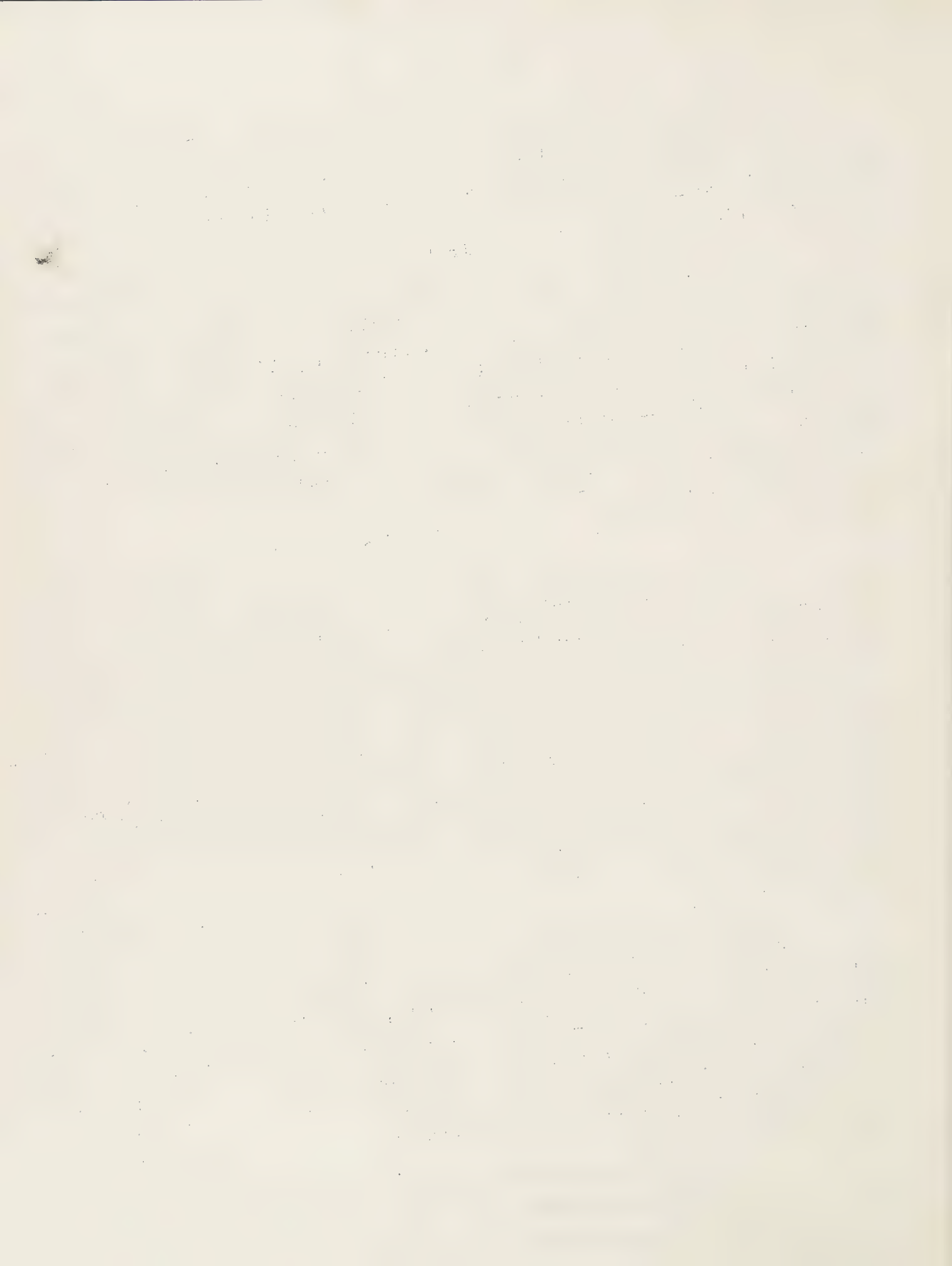
Le Sénégal, Pays en voie de développement est une région où la plupart des cancers cutanés observés appartiennent au monde rural économiquement faible et sont appelés par conséquent, si non à disparaître complètement, du moins à voir leur fréquence considérablement réduite.

L'ulcère phagédénique cancérisé, qui est le principal cancer cutané du Noir au Sénégal est un cancer appelé à disparaître totalement puisqu'on sait aujourd'hui les conditions nécessaires pour son installation à savoir : une ulcération dont la chronicité est entretenue par les traumatismes répétés des travaux des champs, par l'exposition permanente aux divers agents microbiens ou parasitaires et par l'insuffisance des soins. Ces divers facteurs qui priment actuellement au Sénégal en particulier et en Afrique en général sont appelés à disparaître, entraînant avec eux l'UPKJ

Le cancer sur brûlure, lui aussi doit voir sa fréquence considérablement réduite dans les années à venir. Il s'agit en effet, dans la quasi totalité des cas, d'une complication survenant sur des cicatrices vicieuses de brûlure, mal soignées du fait de l'insuffisance ou de l'absence des praticiens spécialisés dans le traitement des brûlures graves. Nous avons vu plus haut que ces brûlures graves sont particulièrement fréquentes au Sénégal au cours de l'enfance du fait que la plupart des ménagères Sénégalaises, faute d'appareillages modernes de cuisine allument leur feu dans la cour familiale où s'amusent les enfants. Ces méthodes ancestrales sont appelées à disparaître avec le développement économique.

Le mélanome malin de la plante du pied, à la lumière des travaux de différents auteurs Africains (14,43,44,55) semble être, lui aussi un cancer lié au sous-développement économique et favorisé pour certains par la marche pieds nus et les micro-traumatismes de la sole du pied, pour d'autres par des traitements indigènes des diverses lésions parasitaires, microbiennes et traumatiques de la plante du pied de l'adulte parsemée de taches mélaniques.

Cette longue énumération permet de penser que dans les années avenir, avec le développement de l'éducation sanitaire, un grand nombre de cancers cutanés observés au Sénégal pourront être évités.



Le traitement préventif de l'UPKJ semble en effet facilement réalisable. Il nécessite

- pour tout travailleur des champs la protection efficace de la partie inférieure des jambes (port de pantalon ou de bas comme le font la plupart des femmes de l'Afrique équatoriale

- pour tout malade porteur d'un ulcère bénin de jambe, un traitement énergique fait, soit de pansements dans les premiers mois de l'ulcération, soit d'exérèse locale suivie de greffe lorsque l'ulcération devient chronique (au bout de 2 ans)

- pour les malades porteurs d'ulcère phagédénique bénin cicatrisé, le port prolongé d'un bandage élastique protecteur au niveau de leur cicatrice. Ce bandage ne sera définitivement enlevé que lorsque la peau cicatricielle deviendra solide, ayant la même consistance que la peau à l'entour.

La prévention des cancers sur brûlure consiste au premier chef à réduire la fréquence de ces brûlures. Il convient pour cela d'éloigner les enfants de la proximité du feu. En Afrique centrale, la cuisine est faite à l'intérieur des cases en un coin strictement réservé à la ménagère. De ce fait les brûlures par flamme, eau chaude ou huiles brûlantes sont très rares. Au Sénégal une telle conception de la cuisine n'existe pas du fait sans doute que la plupart des cases sont basses, exigües et entièrement en chaume. On pourrait cependant n'allumer le feu que dans un coin de la cour et séparé du reste de la cour par un mur. Enfin chez les grands brûlés la cancérisation des cicatrices pourraient être évitée par la réalisation systématique des greffes de peau sur les régions profondément brûlées.

Le traitement préventif des mélanomes malins pourrait se concevoir par la généralisation du port des chaussures protégeant effectivement toute la plante du pied y compris le talon. Certains auteurs ont nié l'efficacité préventive de cette protection de la plante du pied par le port des chaussures, mais force nous est ^{de} constater qu'aux Etats Unis d'Amérique, la fréquence des mélanomes malins de la plante du pied est la même chez le Blanc et chez le Noir. Par ailleurs, au Sénégal, la totalité des mélano-cancers plantaires de notre série sont survenus chez des malades appartenant au monde rural.

Aucun cas de mélando-cancer ne nous a été signalé chez les citadains. En définitive, l'éducation sanitaire des masses dans le domaine de la carcinologie et notamment des cancers cutanés revêt au Sénégal un intérêt primordial, puisque, comme nous venons de le voir, la survenue de la plupart de ces cancers cutanés est liée à des facteurs connus. Ces facteurs ne doivent pas être connus seulement du médecin, il est primordial qu'ils le soient aussi du reste de la population, d'où l'intérêt qu'il y aurait à entreprendre au sein des populations une campagne d'explication qui leur permettra d'éviter ou de supprimer la plupart de ces facteurs cancérigènes, qui réduirait du même coup la très grande fréquence des cancers cutanés observés au Sénégal.

ONCLUSION

Les cancers cutanés représentent, par leur fréquence, le deuxième chapitre de la pathologie tumorale au Sénégal après les cancers primitifs du foie (un cancer de la peau pour deux cancers du foie). Ils frappent avec prédilection le sexe masculin (trois hommes pour deux femmes). L'âge de fréquence maximum de ces cancers oscille entre 30 et 40 ans.

Sur le plan épidémiologique, le milieu joue un rôle très important dans l'apparition de ces tumeurs puisque 90 % surviennent chez des sujets de classe sociale peu aisée, notamment dans le milieu rural. Ces cancers sont pour la plupart secondaires à des lésions préexistantes, bénignes et négligées. Ces lésions préexistantes qui vont tôt ou tard dégénérer en cancers, sont liées généralement à des traumatismes répétés, à des infections ou à des parasitoses longtemps négligées ou insuffisamment traitées du fait de l'insuffisance de l'infrastructure médico-sociale. A ces facteurs traumatiques, infectieux et parasitaires s'ajoutent d'une part la végétation épineuse de la plupart des régions du Sénégal, d'autre part certaines habitudes familiales prédisposant à des traumatismes cutanés

Sur le plan anatomoclinique les cancers cutanés du Noir au Sénégal, sont caractérisés par la prédominance des UPKJ sur les autres formes anatomocliniques (trois UPKJ pour quatre cancers cutanés), les cancers sur cicatrices de brûlure viennent au second rang. Contrairement au sujet de Race Blanche qui fait des carcinomes épidermoïdes baso-cellulaires, le Noir Africain fait des carcinomes épidermoïdes spino-cellulaires qui représentent 79,64 % des cancers cutanés de notre série. Le siège électif de ces cancers se situe aux membres inférieurs (UPKJ, cancers sur brûlure, mélano-cancers). Dans la quasi totalité des cas, ces tumeurs sont observées à un stade évolutif avancé, avec des lésions très étendues en superficie et en profondeur, assez souvent compliqués des métastases ganglionnaires locorégionales, mais rarement des métastases à distance lors de la première consultation.

Cette situation entraîne une double conséquence :

1) - Dans la majorité des cas le problème diagnostique ne se pose plus puisque la malignité est cliniquement évidente. Seule reste à déterminer , par un bilan minutieux clinique et biologique,



le pronostic, c'est à dire les chances de survie du malade.

2) - L'attitude thérapeutique à adopter devant de telles lésions est souvent difficile à déterminer.

La radiothérapie et la chimiothérapie se sont révélées inefficace contre ces tumeurs cutanées.

La chirurgie reste notre seul moyen thérapeutique. Cette chirurgie consiste très rarement en une exérèse locale de la tumeur primitive (93 cas d'exérèse locale sur 418 cas d'interventions dirigées contre la tumeur primitive soit 22,24 %) le plus souvent il s'agit d'une chirurgie mutilante : amputation ou désarticulation d'un membre (325 cas de ces interventions sur 418 cas d'interventions dirigées contre la tumeur primitive soit 77,75 %). La lymphadénectomie est pratiquée soit dans/^{le}même temps opératoire soit dans un temps ultérieur selon la localisation de la tumeur primitive et selon l'état général des malades.

Dans un nombre relativement élevé de cas, ce traitement chirurgical est palliatif et laisse donc peu d'espoir de survie à distance.

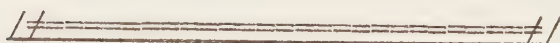
Par ailleurs l'appréciation même de cette survie à distance se heurte au manque d'assiduité de nos malades aux examens périodiques de contrôle. Il est difficile, dans ces conditions, de donner des chiffres de survie chez les malades ayant subi un traitement à visée curatrice.

Un grand nombre des cancers que nous venons d'étudier chez le Noir au Sénégal sont appelés, sinon à disparaître totalement, du moins à voir leur fréquence considérablement réduite.

Cette perspective nécessite une éducation sanitaire des masses rurales, mais aussi le développement d'une infrastructure médico-sociale dans l'ensemble du pays.

Il y a donc dans ce domaine des cancers cutanés un effort très important à faire de la part de la Santé Publique du Sénégal.

B I B L I O G R A P H I E



N.B : Les numéros soulignés
sont cités dans le texte.

1 . ABONDO A.

- Contribution à l'étude des mélanomes malins de la peau chez le Noir Africain.
- Thèse, Dakar, 1969, n° 15

2 . ARONS M.S., LYNCH J.B. et Coll.

- Le cancer sur cicatrice. Une étude clinique avec mention spéciale du cancer sur brûlure
- Ann. Surg. 1965, 161 : 170 - 188.

3 . BASSET A. & CAMAIN R.

- Mélanomes malins primitifs (formes africaines)
- Bull. Soc. Derm. 1966, 73, 5bis : 664 - 665

4 . BENZAT P., JACQUILLAT C.

- A propos des 20 cas de tumeurs malignes cutanées traitées par polychimiothérapie régionale intra-artérielle associée à la chimiothérapie générale et à un geste chirurgical
- Mem. Acad. Chirurg. 1967, 93 : 254 - 262.

5 . BEZES H.

- Quelques images filmées sur les UPKJ.
- In Bull. Soc. Med. Afr. N. de L. Fse 1960, 5 : 366

6 . BEZES H.

- Participation au 63e congrès Français de chirurgie avec projection de 3 films (ulcères cancérisés de jambe, éléphantiasis des membres inférieurs, mycétomes.)
- Séance du 29 Septembre 1961 Faculté de Médecine de Paris.

7 . BEZES H.

- Participation au festival du film médico-chirurgical des entretiens de BICHAT 1961 avec projection de 3 films (ulcères cancérisés de jambes, éléphantiasis des membres inférieurs, mycétomes).
- Séances des 3, 5 et 8 Octobre 1961.

8 . BEZES H. avec la collaboration de GOUDOTE E.

- Les ulcères cancérisés de membres inférieurs en Pathologie Africaine: film parlant de 170 mètres en 16 mm kodachromé, duplicateur, son phitique, d'une durée de 16 min.
- Cinémaèque : 1960

9 . - Biopsie de la peau : un test de labo insuffisamment utilisé
NEW ENGLAND P. Méd. 1967, 277, 45-50

10. BOURDON R., DAMA M. et coll

- Radiothérapie cutanée
- Clinique Paris 1966, 511 : 631-643

11. BREHAUT J., MONTAGNIER J. et MEUNIER J.P.

- La chimiothérapie par voie artérielle dans les tumeurs de stade avancé de la tête et du cou. Etude de 60 cas. Région temporale superficielle comme voie d'introduction.
- Mem. Acad. Chir. 1965, n°6-7 : 193-207.

12. CAFFAREL H.

- Apport de la chimiothérapie en circulation extracorporelle dans le traitement des mélanomes malins.
- Thèse Fac. de Méd. de Montpellier 1963

13. CAHLEY J.J.

- Traitement des tumeurs malignes du cuir chevelu.
- Ann. N. Acad. Sci. 1964, 114 : 976-984.

14. CAMAIN R., BASSET A., MENSAH A. et FAYE I.

- Les mélanomes malins de l'Afrique de l'Ouest d'expression Frse.
- Bull. Soc. Frse. Derm. 162, 69 : 880-883.

15. CAMAIN R. & SERAFINO X.

- Quelques réflexions sur le problème du cancer dans les territoires de l'ancienne Fédération de l'A.O.F.
- Colloque Abijan -Dakar, Déc 1959, Cancérologie tropicale 1960, 1 : 35-39 & Méd. Afrique Noire 1961, 8 : 288-289.

16. CAMAIN R. , SERAFINO X. et MENYE P. A.
- Sur un cas d'ulcère chronique de jambe surpris à la phase de transformation néoplasique.
 - Bull. Soc. Méd. d'Afr. N. de Lgue Frse:séance du 25-5-1964,2, 4 : 487-490.
17. CARAYON A. , FLANC J.F., d'ALMEIDA J.
- Les complications majeures de l'ulcère phagédénique en Afrique Noire.
 - Rapport aux IJe journées médicales de Dakar 1960.
18. CARAYON A., CCURBIL L.J., BONNEL P.
- Ulcère cancérisé. des jambes et lymphographie.
 - Bull. Soc. Méd. Afr. N. 1966, 11 : 343-348.
19. CARAYON A. et GRUET M.
- Les brûlures de l'enfant Africain.
 - Méd. Trop. 1964,24,6 : 723.
20. CARTEAUD A. , BELAICH S.A.
- Traitement du cancer du cuir chevelu
 - Presse Méd. 1966,74 : 2853-2858.
21. COLON J., MAYER M., MYONE Cl., ESTIGARIBIA An.
- Perspectives offertes par la chimiothérapie intra-artérielle dans le traitement du mélanome cutané malin.
 - Méd. Acad. Chir. 1967,93 : 678-690.
22. COWDY E.V.
- Influence de l'âge sur les cancers de la peau.
 - N.C.I. Monogr. 1963, 10 : 335-348.
23. DARGENT M.
- Conditions d'environnement et pathologie géographique du cancer
 - Pratique cancérologique édité par l'expansion scientifique Française 1965 : 13 - 33

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..

... ..
... ..

... ..
... ..

... ..
... ..

... ..

... ..
... ..

24. DENOIX P.F.

- Les conditions particulières de l'enregistrement des cas en Afrique Noire Française
- Acta I.C.C. N° Spécial 1951,7.

25. DENOIX P.F.

- Le cancer chez le Noir en Afrique Française
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène Ministère de la Santé Publique 1957,12

26. Dépistage (Le) précoce du cancer de la peau

- U.I.C.C. Monograph. Séries Vol.4 Cancer détection, Berlin springer 1967 : 45-46.

27. DESGUPTA T et MC NEER G.

- La fréquence des métastases des mélanomes du tronc et des extrémités aux ganglions voisins et des tions thérapeutiques .
- Cancer 1967,7 : 897-911.

28. ELSON B., HELWIG.

- Malignant mélanoma of the skin in man
- N. C. I. Monogr. 1963, 10 : 287-295.

29. FAYE I. , SARRAT H. et CAMAIN R.

- Les cancers cutanés au Sénégal
- Méd. d'Afrique Noire 1971, 18,5 : 451-465.

30. FREEMAN R.G., KNOX J.M.

- Traitement des cancers cutanés . Chapitre 4. Résultats des traitements des cancers cutanés.
- Resert result in cancers cutanés reseac Vol.11, Traitement skin cancer Berlin, springer, 1967 : 37-41.

31. GARTMANN H.

- Mélanome et traumatisme
- Krebsforsch, Krebsbekäinf 1964,5 : 253-259.

24. DENOIX P.F.

- Les conditions particulières de l'enregistrement des cas en Afrique Noire Française
- Acta I.C.C. N° Spécial 1951,7.

25. DENOIX P.F.

- Le cancer chez le Noir en Afrique Française
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène
Ministère de la Santé Publique 1957,12

26. Dépistage (Le) précoce du cancer de la peau

- U.I.C.C. Monograph. Séries Vol.4 Cancer détection,
Berlin springer 1967 : 45-46.

27. DESGUPTA T et MC NEER G.

- La fréquence des métastases des mélanomes du tronc et des extrémités aux ganglions voisins et des tions thérapeutiques .
- Cancer 1967,7 : 897-911.

28. ELSON B., HELWIG.

- Malignant mélanoma of the skin in man
- N. C. I. Monogr. 1963, 10 : 287-295.

29. FAYE I. , SARRAT H. et CAMAIN R.

- Les cancers cutanés au Sénégal
- Méd. d'Afrique Noire 1971, 18,5 : 451-465.

30. FREEMAN R.G., KNOX J.M.

- Traitement des cancers cutanés . Chapi re 4.
Résultats des traitements des cancers cutanés.
- Resert result in cancers cutanés reseac
Vol.11, Traitement skin cancer Berlin, springer, 1967 : 37-41.

31. GARTMANN H.

- Mélanome et traumatisme
- Krebsforsch, KrebsbekaInf 1964,5 : 253-259.

32. GOLANSKI A.

- The meaning of chronic inflammatory in the développement of cancer.
- (In polish) polski pregl Chir 1950, 6 : 967-978.

33. HEWER T.F.

- J. Path. Bact 4 : 473

34. HIGHMOR cité par Urtg O.B. et Paek G.T.

- On The antiquity of mélanoma
- Cancer 1966,19 : 607-610.

35. IMAMOGLU K.,DOGRU M.,KAYABALL Y., ULKER M.

- Apparition du cancer sur cicatrice de brûlure
- Ariel IM. progrès in chirurgical cancer Vol 2
New York, Grum et Stretton, 1966. : 261-268.

36. JANDA I.

- Tumeurs des annexes cutanées au Nigéria.
- Brit J Dermatol. 1967,79 :259-266.

37. JUDET R. et JUDET J.

- Les cicatrices vicieuses des membres.
- Traité de thérapeutique chirurgicale Senéque 1964,
1 : 95-101. Masson et Cie Ed, Paris.

38. KARAMOUTZOUNIS G.,N'DOYE R.,SERAFINO X.

- Le Isotopes radioactifs en thérapeutique
- Cancérologie Tropicale 1965,3 : 35-46 Ed. Afr. Med. Dakar.

39. KARCHER K.H.

- Recherches clinico expérimentales sur l'électrothérapie du mélanome malin.
- Symp High Energy. Électrons, Monhese 1964 : 267-270
Edited by Zupirger A. et Poretti G, Berlin springer Verlag
1965.

40. KEILING R., SHRAMB S., JAPY CL.

- Radiothérapie des épithéliomas cutanés.
- Cancos. Méd 1968, 90 : 4712-4727

41. KNOX J.M., LYLES T.W., SHAPIRO E.M. et MARTIN R.D.

- Curetage and electro-dessication in treatement of skin cancer.
- Arch. Dermat. 1960,82 : 197-204.

42. KROUBAGER SEBONECKER D.

- Cancer du cuir chevelu : quelques mauvais résultats.
- Plastic surgery of head and neck tumors : Amsterdam Excepta Medica Found. 1965 : 57-59.

43. LEWIS M.G.

- Malignant melanoma in Uganda (The relationship between pigmentation and Malignant melanoma on the sole of the feet).
- Brit. J. Cancer 1967, 21 : 483-495.

44. LEWIS M.G., KRYABWIRE J.W.M.

- Les types de comportement et l'histoire naturelle du mélanome malin en Ouganda.
- Cancer 1968,21 : 876-887.

45. MAC DONALD E.J.

- Malignant melanoma among Negroes and latin Americans in Texas.
- In pigment cell Biology. (Gordon M. Ed.) New York Academic press, Inc. 1959 : 171-181

46. SANKALE M., MENYE P.A. et QUENUM C.

- Aperçu de la répatition des cancers chez le Noir Africain au Sénégal.
- 45e congrès des médecins de langue Française du Canada Montréal Octobre 1972.

47. MENYE P.A.

- Indications des biopsies et ponctions-biopsies en pathologie tumorale.
- Afrique Médicale 1965.



48. MENYE P.A., BOUDIN P., ROBIN Y., SIMAGA D., MARTIN M., DRAME M.
 - Pouvoir oncolytique chez l'homme de quelques virus testés à Dakar.
 - Med. Afr. N. 1969, 16,11 : 785-786.
49. MENYE P.A. et PCULIQUEN J.
 - Problèmes thérapeutiques du cancer en Afrique Noire.
 - Med. Afr. N. 1971,18,7 : 615-621.
50. MENYE P.A., SERAFINO X., Histologie : QUENUM C.
 - Sur un cas de carcinome sudoripare de l'épaule.
 - Bull. Soc. Med. Afr. N. L. Frse. 1964,9, (2) : 118.
51. MENYE P.A., SERAFINO X. et CHIGNARA P.
 - Les lésions osseuses sous tumorales des ulcères phagédéniques cancérisés (documents Iconographiques)
 - 4e journées médicales de Dakar, Janvier 1965.-Med. Afr.N. 1965, XII,10 : 377-379.-Cancérologie Trop. 1965, 3 : 165-169.
52. MENYE P.A., SERAFINO X., SIMAGA D.
 - Les ulcères cancérisés des jambes.
 - 7e Journées Méd. de Dakar (11-16 Janvier 1971) In Med. d'Afr. N. 1971,18,5 : 485-496.
53. MENYE P. A., SIMAGA D., CONTY C., DIOP D., ATAGANE S.
 - L'artère sous-clavière droite, voie d'accès facile à la crosse aortique dans la chimiothérapie générale par voie artérielle des tumeurs malignes (à propos de 42 cathéterismes de l'aorte ascendante).
 - Bull. de la Soc. Med. d'Afr. N. de L. Frse. 1970,15,(1) : 67-73.
54. MENYE P.A., SIMAGA D., DIOP D.
 - L'amputation du membre suivie de curage ganglionnaire inguinal, tactique opératoire actuelle dans le traitement d'un ulcère phagédénique cancérisé est-elle un moyen efficace de lutte contre le cancer au Sénégal.
 - Med. Afr. N. 1969,11 : 769-775. - Afrique Med. 1970,9,80 : 409.

55. MENYE P.A., SIMAGA D., OBOUNOU D.
- Aspect clinique et évolutif des mélanomes malins de la peau chez le Noir au Sénégal.
- Canc. Trop. 1968,4 : 7-18.
56. MENYE P.A., SIMAGA D., ROBIN Y., BOURDIN P.
- Notre expérience sur l'utilisation des virus infectieux en tant qu'agent antinéoplasique chez l'homme.
- Med. Afr. N. 1969,11 : 777-783. La provence Med 1969,37,4 : 27-35.
57. MITSUO SEGI.
- World Incidence and distribution of skin cancer
- N.C.I. Monogr. 1963,10 : 245-255.
58. MIYAGI T.
- Skin cancer in Japan : a nation wide five years Survey 1956-1960.
- N.C.I. Monograph. 1963,10 : 55-70.
59. MONTPELLIER J.M. et Mlle MONTPELLIER J.
- A propos des épithéliomas de la peau en France d'outre Mer.
- Cahiers Médicaux de l'union Française Février 1947,6.
60. NICOLLE F.V., MATHEW W.H. et COLL.
- Traitement des mélanomes de la peau (Treatment of malignant melanoma of the skin)
- Arch.Surg. 1966,93 : 209-214.
61. NIKOL G.
- Acquisitions récentes sur les mélanomes malins
- Press Med. 1967,75 : 1056.
62. OETTL A.G.
- Epidémiologie des mélanomes en Afrique du Sud.
- Della porta G. Muklbook O. Structure and contrôl of the melanocyte-Berlin-Springer Verlag 1966 : 292-307.



63. OETTL A.G.

- Skin cancer in Africa
- N.C.I. Monogr. 1963,10 : 197-214.

64. PACK G.T. et DAVIS J.

- Les radiothérapies des cancers de la peau
- Radiology 1965, 84 : 436-442.

65. PEAK Mc. C.J. et Constantinides S.G.

- La lymphographie dans les mélanomes malins, comparaison des diagnostics cliniques et lymphographiques dans 21 cas.
- Cancer 1964,17 : 1586-1594.

66. PAEK Mc.C.J., NEER G.P. et COLL.

- L'amputation pour mélanome des extrémités
- Surgery 1963,54 : 426-431.

67. POTTIER M.

- Percivall pott's contribution to cancer research
- N.C.I. Monogr.1963,10 : 1-5.

68. POULIQUEN M.

- Reflexion après traitement en clientèle de plus de 6000 épithéliomas cutanés.
- J. Radiol et Electrol 1963,44 : 565-569.

69. PRICE W.E., DUVAL M.K.

- Curage ganglionnaire régional et mélanome malin
Action sur la survie
- Arch Surg. 1963,87 / 447-750.

70. PRIVAT Y., FAYE I., BELLOSSI A., ROUSSELOT M et PARES (Mlle)Y.

- A propos des ulcères phagédéniques géométriques observés au Sénégal
- Bull. Soc. Med. Afr. N. L. Frse 1967,12,2 : 209-211.

71. RAMPON S., CAVARO M. et COLL.

- Les métastases osseuses des mélanomes malins

- Rhumatologie 1965, 17 : 161-168.

72. RATZER E.R., STRONG E.W.

- Epithélioma spino-cellulaire du cuir chevelu
- Ann.J. Surg 1967,114 : 570-576.

73. RICHIR Cl., BEZES H., QUENUM C.

- Introduction à l'étude des ulcères cancéreux de jambe chez l'Africain. Analyse de la vascularisation artérielle par le procédé à la gélatine-minium
- Soc.Biol. Dakar, Séance de Juillet 1960
- Bull. du cancer 1961,48 : 331-335.

74. RICHIR Cl., BEZES H., QUENUM C.

- Ulcères cancérisés de jambe chez l'Africain : aspects anatomo-cliniques.
- In Vol des Entretiens de Bichat. Séance du 3 et du 6 Octobre 1961 Section Médecine Paris 1961 : 631-634. L'expansion scientifique Ed.

75. RICHIR Cl. et QUENUM C.

- Comment faire une biopsie
- Cancérologie Tropicale 1960,1 : 91-93 Ed. Med. Afr. N.

76. ROBERT J., MADELAIN M., JONCHER (DE) A., LELIEFFRE M.

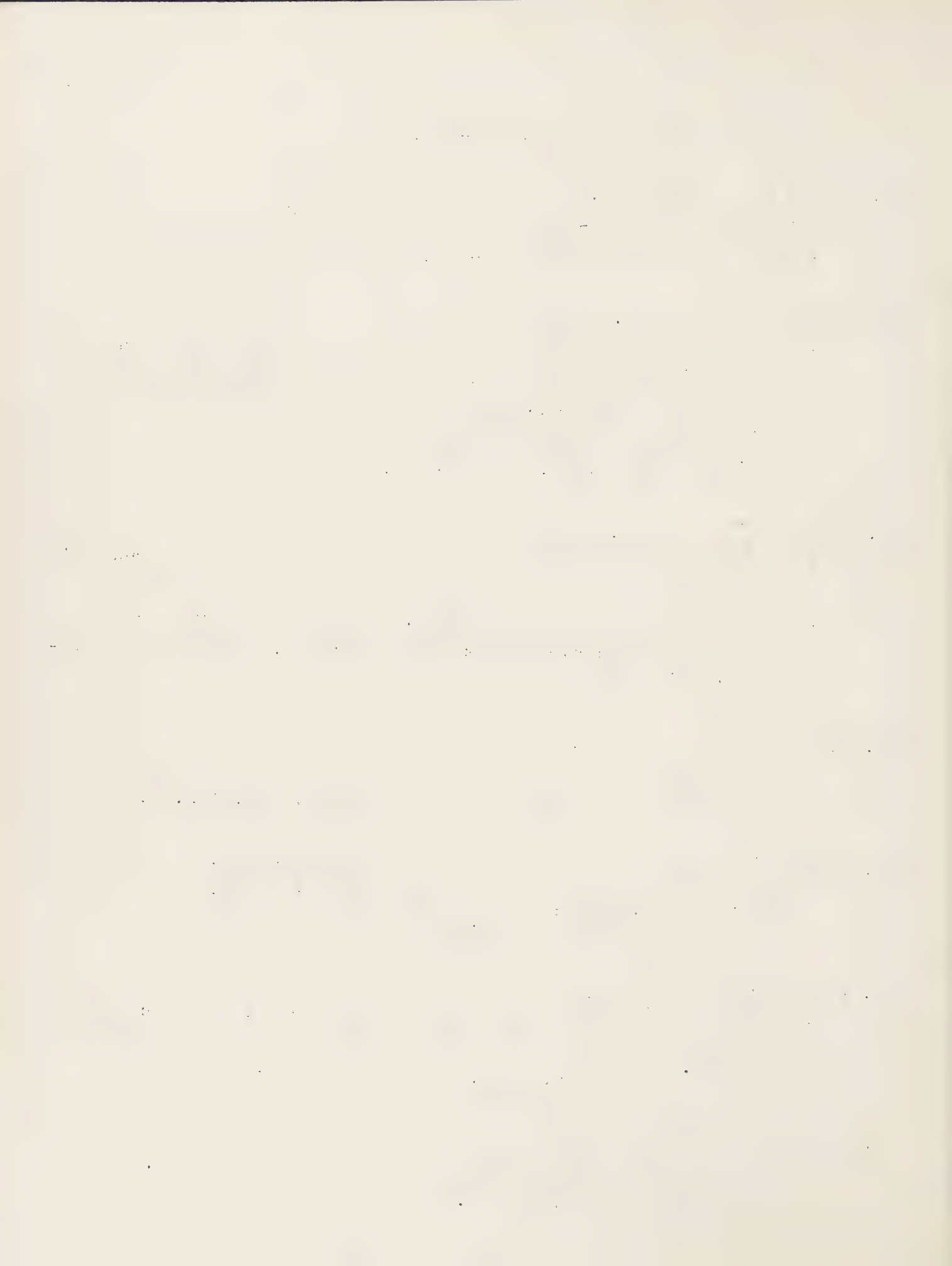
- Diagnostic et traitement des cancers de la peau,
- La clinique 1968,63 : 225-231.

77. ROBERT H. (Porto Novo)

- Exérèse monobloc des ulcères de jambe cancérisés en pratique Africaine
- Bull. Soc. Med. Afr. N. L. Frse 1963, 8, 5 : 628.

78. ROCHLIN D.B., SMART C.R.

- Traitement du mélanome malin par perfusion régionale.
- Cancer 1965,18 : 1544-1550.



79. ROMIER C., FUJOL H., SOLASSOL C., JAMME M.

- Traitement chirurgical du mélanome malin cutané, à propos de 83 observations.
- Montpellier Chir. 1967, 3 : 297-302.

80. SANDERMAN T.F.

- Le traitement médical des gros ganglions lymphatiques dans le mélanome.
- Ann. J. Roentgen 1966, 97 : 967-979.

81. SANKALE M., DIOP B., KANE P.A., N'DIAYE P., DIALLO M. et KUAKUVI M.

- Les Cancers secondaires du poumon à Dakar
- Med. Afr. N. 1972, 18, 5 : 433-438.

82. SEGI M.

- World Incidence and distribution of skin cancer
- N.C.I. Monogr. 1963, 10 : 245-255.

83. SERAFINO X.

- "A propos des U.P.K.J"
- IIes Journées Med. de Dakar, actualités Med., Chir, Séance du 20/12/1960 In Med. Afr. N. de Lgue Frse.

84. SERAFINO X.

- A propos des ulcères phagédéniques cancérisés des jambes observés en milieu rural
- La Cerge Médicale 1961, 12 : 6-12.

85. SERAFINO X.

- Les principes de la prophylaxie et du traitement des ulcères cancérisés des jambes
- Conférence des Nations Unies sur l'application de la science et de la technique, Sénégal, Septembre 1962 (3059-F. 2-3).

86. SERAFINO X. et BEEDS :

- A propos des ulcères cancérisés des jambes
- Deuxièmes journées Médicales de Dakar. Actualités Médico-chir. Séance du 20 Décembre 1960, in Med. d'Afr. Noire.



87. SERAFINO X. et MENYE P.A.

- Difficultés de l'enquête cancérologique en pays tropical
- Sud.Médical et chirurgical 30/6/1964, 2505 : 11553-11566

88. SERAFINO X. et MENYE P.A.

- Problèmes étiopathogéniques soulevés par les cancers observés en pays tropical, plus particulièrement en Afrique de l'Ouest.
- Sud. Médical et chirurgical 30/6/64, 2505 : 11567-11583.

89. SERAFINO X. et MENYE P.A.

- Les ulcères phagédéniques cancérisés des jambes. Revue critique à propos de 234 cas observés à Dakar de 1959 à 1964.
- Bull. Cancer 1968, 55, 3 : 353-398.

90. SERAFINO X. et MENYE P.A.

- Terrain, race, milieu et cancer en Afrique
- Sud.Médical et Chirurgical 30 Juin 1964, 2505 : 11584-11588.

91. SERAFINO X., MENYE P.A. et BALLON G.

- Place de la désarticulation haute des membres avec curage ganglionnaire dans la chirurgie des tumeurs malignes.
- Cancérologie tropicale 1963, 2 : 17-33.

92. SERAFINO X., MENYE P.A. et CHIGNARA P.

- Fréquence et pronostic de l'atteinte ganglionnaire dans les ulcères phagédéniques cancérisés des jambes (155 observations)
- 4es Journées Médicales de Dakar, Janvier 1965. Med. d'Afr.N. 1965, 12, 10 : 373-375.

93. SERAFINO X., MENYE P.A. et CHIGNARA P.

- Les cancers sur cicatrice de brûlure au Sénégal
- IVes Journées Med. de Dakar In Med. d'Afr. Noire 1965, 12, 4 : 123-126.

94. SERAFINO X., MENYE P.A. et CHIGNARA P.

- Les Métastases à distance des ulcères phagédéniques cancérisés A propos de 155 observations
- IVes Journées Med de Dakar In Med. Afr. N. 1965, 12.



95. SERAFINO X., MENYE P.A., PALLINACCI Ci.

- Tactique opératoire actuelle dans les ulcères cancérisés de jambe.
- Bull. Soc. Med. d'Afr. Noire de Lgue Frse. Séance du 28/1/1963
In Bull. Soc. Med d'Afr. Noire 1963,8 : 170-185.

96. SERAFINO X., MENYE P.A., QUENUM C.

- Sur un cas de carcinome sudoripare de l'épaule
- Bull. Soc. Med. Afr. de Lgue Frse. Séance du 20 Janvier 1964, 9,2 : 118-124.

97. SERAFINO X., MENYE P.A., QUENUM C.

- Un cas d'épithélioma cutané baso-cellulaire d'origine sudoripare de l'épaule Chez une Africaine
- Bull. Soc. Med. Afr. Noire de Lgue Frse 1965,10, Séance du 15/3/65.

98. SERAFINO X. et TOURRE S.

- Notions générales sur les ulcères cancérisés de jambe
- Med. d'Afr. Noire. 1961, 8 : 271-272
Cancérologie tropicale 1960, 1 : 65-70.

99. SHANIN A.P.

- Problèmes diagnostiques et chirurgicaux posés par les mélanomes
- VOP ONKOL 1967, 13 : 15-21.

100. SHIGMATSU Y., WEBSTER J.H. et COLL.

- Les résultats de la radiothérapie du cancer cutané avec mention particulière des échecs thérapeutiques
- Radiology 1966,86 : 904-914.

101. STEBLIN J.S., SMITH J.L. et COLL.

- Mélanomes des extrémités compliqués par des métastases (en transit)
- Surg. Gyn.



102. STEIN G.

- Résultats de la radiothérapie des mélanomes malins.
- Strahlentherapie 1965, 125 : 485-489.

103. SULZBERGER M.D., BAER R.L. et BAROTA A.

- Do roentgen ray treatments as given by skin specialists produce cancers or other sequelae ?
- Arch. Dermat and Syph. 1952, 65 : 639-655.

104. SWIERZOWA J.

- Résultat du traitement des épithéliomas épidermoïdes développés sur cicatrices ou fistules chroniques
- NOWOTWORY 1967, 17 : 345-350.

105. SYMPOSIUM

- Conférence on biology of cutaneous cancer
- N.C.I. Monogr. 1963, 9.

106. SZEZYGIEL K., KULPA T., DUDA K.

- Taux de mortalité en fonction du sexe chez les malades porteurs du mélanome.
- NOWOTWORY 1967, 17 : 289-292.

107. TESTU J. et RADA A.

- Physiologie de la pathologie tumorale dans 3 secteurs éloignés de la zone inter-tropicale
- Cancérologie tropicale 1965, 3 : 9-23.

108. TESTU J.

- De quelques particularités de la radiothérapie des tumeurs en milieu Africain
- Cancérologie tropicale 1963, 2 : 69-75.

109. TOURRE P.

- Traitement des séquelles de brûlure du membre supérieur.
- Thèse Doc. Med. 26/6/1971 Dakar.



110. TOURRE S.

- Des ulcères cancérisés de jambe en milieu Africain (à propos de 60 observations recueillies en 4 ans à Dakar)
- Thèse Nante 1960, Réneotypée.

111. TRAPL J., PALECK L., KUCERA M.

- Tentatives de nouvelles classifications des mélanomes cutanés
- Acta Derm. Nanerel 1966, 46 : 443-446.

112. TUYNS A.J.

- Les cancers cutanés en Afrique et dans le monde
- Med. Afr. Noire 1971, 18, 5 : 471-481.

113. VERONESI U., TURRI M., CASCINELLI M.

- Les facteurs pronostiques dans le mélanome malin
- Della-Porta G. Muklbook C. Structure and control of the melanocyte-Berlin-Springer-Velag 1966 : 319-324.

114. VERRIERE L.P.

- La population du Sénégal : Aspect quantitatif
- Thèse de Doctorat es Sciences Economiques 1965
Archives Nationales du Sénégal;

115. WORLD HEATH ORGANISATION.

- Internationale classification of diseases. Manuel of international statistical classification of disease, infirm and cause of death
- W H O 8e revision Vol : 1968, Vol 2 -1969 Genève.

116. SZABO G.

- Quantitative histological investigation on the melanocyte system of the human épidermis
- In pigment cell Biology (gordon, M. ed.) New-York, Academic press. Inc., 1959 : 99-125.



Vu le Président du Jury

Vu le Doyen

Signature

Signature

Vu et permis d'imprimer le Recteur de l'Université de Dakar.

Signature

1. 1000 1000

1000 1000

1000 1000

1. 1000 1000

1000 1000

1000 1000

1000 1000

1000 1000

1000 1000

1000 1000

